

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Maie Türkson

**PATSIENTIDE JA NENDE LÄHEDASTE VÄGIVALD ÕDEDE VASTU EESTI
PIIRKONDLIKE JA KESKHAIGLATE ERAKORRALISE MEDITSIINI
OSAKONDADES – ÕDEDE VAATEKOHAD**

Magistritöö

Tartu 2017

Juhendajad:

Eda Merisalu, MD, DMS c

/allkiri/ /kuupäev/

Janne Pühvel, RN, RM, MSc

/allkiri/ /kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta: _____

/Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Maie Türkson (sünnikuupäev: 17.05.1967),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

PATSEINTIDE JA NENDE LÄHEDASTE VÄGIVALD ÕDEDE VASTU EESTI PIIRKONDLIKE JA KESKHAIGLATE ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONDADES – ÕDEDE VAATEKOHAD

mille juhendaja on Eda Merisalu, **MD, DMSc**

ja kaasjuhendaja on Janne Pühvel, **RN, RM, MSc**

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates 01.09.2017 kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartu 02.06.2017

KOKKUVÕTE

Patsientide ja nende lähedaste vägivald õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades – õdede vaatekohad

Vägivald, mis kasvab kõikjal, on saanud väga tõsiseks probleemiks just tervishoius. Uuringud on kinnitanud, et erakorralise meditsiini osakondade (edaspidi EMO) õdedel on kõige suurem risk sattuda vägivalda ohvriks ning see mõjutab õdede töökvaliteeti ja seeläbi ka patsiente. Euroopa Liidu tasandi sotsiaalpartnerite raamkokkulepetes (2006: 67) on sätestatud, et edukate organisatsioonide peamiseks tunnusjooneks on vastastikune vääriskuse austamine kõikidel töökohtadel ja hierarhia tasanditel ning tuleb hukka mõista kõik vägivalda vormid. Eestis ei ole õdedevastast vägivalda uuritud ja selle ulatusest puudub tõendus põhine ülevaade.

Käesoleva magistr töö eesmärgiks oli kirjeldada patsientide ja nende lähedaste vägivalda õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-des ning selgitada seoseid taustaandmete ja vägivaldaohvriks sattumise vahel. Uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline ning kirjeldav. Uurimistöö viidi läbi käepärase valimiga, mille moodustasid uuringu hetkel Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-des töötavad õed, kes olid vabatahtlikult nõus uuringus osalema. Piirkondlike ja keskhaiglate EMO-des töötas sel hetkel 221 õde. Andmete kogumine toimus ankeetküsitluse teel ajavahemikul 15.08.-30.09.2016. Uuringus osales 82 (37,1%) sel ajal EMO-s töötavatest õdedest. Uuritavate keskmine vanus oli $38,7 \pm 11,6$ aastat ning keskmine tööstaaž $14,9 \pm 12,9$ aastat. Õdede keskmine nädala töökoormus oli $43,2 \pm 11,5$ tundi ja see jäi vahemikku 12–60 tundi nädalas.

Tulemustest selgus, et kõik uuringus osalenud Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO õed on viimase aasta jooksul kogenud vähemalt ühte patsiendivägivalda juhtu. Sõimamise ohvriks langes 91,4% õdedest ning 15,9% koges töökohal sõimamist peaaegu igapäevaselt. Füüsilist vägivalda koges viimase 12 kuu jooksul 61,0% ning seksuaalset vägivalda 36,6% vastajatest. Enamus (91,5%) juhtudest kutsuti vajadusel appi ning otsiti toetust kolleegidelt ning 5% juhtudest vajati professionaalset abi. Peale töövägivalda juhtumit üritas 82,0% õdedest seda oma mõtetest kustutada. Pooled töövägivalda juhtumid leidsid aset töötajatega, kelle tööstaaž jäi alla 10 aasta. Seksuaalse vägivaldajuhtumitest toimus 63,3% õdedega, kelle vanus jäi alla 40 aasta. Tulemustest võib järeldada, et töövägivald on väga tõsine probleem, mis mõjutab kõiki EMO õdesid. Seega on vajalik patsiendiägivalda teemaga oluliselt rohkem tegeleda, töötada välja EMO õdedele vastavad koolitus- ja ennetamisprogrammid.

Märksõnad: töövägivald, erakorralise meditsiini osakond, õde, patsient, patsiendi lähedane.

SUMMARY

Violence against nurses by patients and their relatives in Emergency Departments of Estonian regional and central hospitals - standpoint of nurses.

Violence that is increasing everywhere has become a serious problem in health care. Research shows that nurses in the Emergency Department (ED) have a higher risk to become victims of violence, this influences the quality of work of nurses and thereby also patients. EU social partners framework agreements (2006: 67) state that the main characteristic of a successful organisation is mutual respect of dignity in all positions and levels of hierarchy and all forms of violence are condemned. In Estonia violence against nurses has not been researched and therefor proven overview of its extent is missing. The goal of the given master's thesis is to describe violence of patients and their relatives against nurses in ED of Estonian regional and central hospitals and to explain the connections between background data and becoming a victim of violence.

The research is quantitative, empiric and descriptive. The research was conducted with a convenience sample, which consisted of nurses working in the ED of Estonian regional and central hospitals at the time of the research period. In the EDs of regional central hospitals there were 221 nurses. Data collection took place in 15.08.-30.09.2016, using questionnaire form. Research participants were 82 (37.1%) nurses working in the ED's at the time. Participants' average age was 38.7 ± 11.6 and the average length of service was 14.9 ± 12.9 years. The work load of nurses was 43.2 ± 11.5 hours per week (minimum 12 and maximum 60 hours per week).

The results revealed that all of the ED nurses of Estonian regional and central hospitals have experienced at least one case of patient violence in the past year. Railing was experienced by 91.4% of respondents and 15.9% of them experienced it daily. Physical violence was experienced by 61% and sexual violence by 36.6% of respondents during the past 12 months. After experiencing violence, 91.5% of the nurses turned to colleagues for help and 5% of nurses needed professional help. After experiencing violence, 82.0% of nurses tried to forget the incident. Half of work violence cases were committed against staff whose lenght of service was under 10 years. 63.3% of sexual violence were comitted against nurses under 30 years of age. The results show that violence is very serious and extensive problem that affects all ED nurses. Thus, it is important to pay more attention on the prevention of violence in the workplace and to implement the special training programs for ED nurses.

Keywords: workplace violence, emergency departement, nurse, patient, patient relatives.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	5
2. PATSIENTIDE JA NENDE LÄHEDASTE VÄGIVALD ÕDEDE VASTU.....	7
2.1 Vägivalla mõiste ja olemus.....	7
2.2 Õdede vastu suunatud vägivald ja selle levimus	8
2.3 Patsientide ja nende lähedaste vägivalla põhjused	10
2.3 Patsientide ja nende lähedaste vägivalla toime õdede tervisele	13
2.4 Õdede reageering vägivallale	14
3. UURIMISTÖÖ METOODIKA.....	16
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	16
3.2. Uuritavad	16
3.3. Andmete kogumine.....	18
3.4 Andmete analüüs	19
3.5 Uurimistöö usaldusväärsus	20
4. TULEMUSED.....	22
4.1 Uuritavate taustaandmed	22
4.2 Emotsionaalne vägivald.....	22
4.3 Füüsiline vägivald.....	25
4.4 Seksuaalne vägivald	26
4.5 Reageering vägivallale	28
4.5 Seosed vägivallaohvriks sattumise ja taustaandmete vahel.....	30
5. ARUTELU	32
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega	32
5.1.1 Õdede vastu suunatud vägivalla uuringute tähtsus	32
5.1.2 Patsiendi ja tema lähedaste vägivalla liigid	32
5.1.3 Patsiendivägivalda soodustavad asjaolud	34
5.1.4 Õdede reageeringud patsiendi vägivalla juhtudele	34
5.2. Eetilised aspektid.....	35
5.3. Uurimistöö kitsaskohad	36
5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid.....	37
6. JÄRELDUSED.....	38
KASUTATUD KIRJANDUS	39

LISAD	45
Lisa 1. Tartu Ülikooli inimueuringute eetikakomitee luba	45
Lisa 2. Eestikeelne küsimustik	46
Lisa 3. Venekeelne küsimustik.....	54
Lisa 4. Küsimustiku kaaskiri	62
Lisa 5. Küsimustiku kaaskiri vene keeles.....	63
Lisa 6. Originaalõõdiku autori nõusolek	64

1. SISSEJUHATUS

Kuigi töövägivald kasvab enamikes tegevusvaldkondades, on see saanud tõsiseks probleemiks just tervishoiu kutsealadel. Kasvanud on nii patsiendivägivalla juhtumite arv kui ka juhtumite raskusaste. Vägivald mõjutab õdesid kõikides maailma piirkondades ja enamikus tervishoiu valdkondades. (Gillespie jt 2013.) Vägivald (*violence*) on teise inimese tahtlik kahjustamine, mis võib väljenduda väga erinevates vormides. Vägivald õdede vastu võib olla ähvardav käitumine ja agressiivsus patsiendi või tema lähedaste poolt, kui see ohustab õdesid (Kynoch jt 2009, Eslamian 2010). Töövägivald viitab intsidentidele, kus tervishoiutöötajaid väärkoheldakse, ähvardatakse või rünnatakse tööga seotud asjaoludel (Eslamian jt 2010, Hahn 2012, Kowalenko jt 2012).

Käesoleva töö autoril ei ole informatsiooni, et Eestis oleks uuritud õdede vastu suunatud vägivalda, mistõttu ei ole täpset ülevaadet olukorrast Eestis. Antud töö autorile teadaolevalt toimub paljudes Eesti haiglates probleemjuhtumite registreerimine, kuid statistikat töövägivalla juhtumite kohta eraldi ei ole peetud ega vastavaid andmeid ei ole avaldatud. Samuti on käesoleva töö autorile teada, et haiglad kasutavad üsna tihti turvafirmade ja politsei abi seoses patsientide agressiivsuse või vägivallaga.

Töövägivald võib olla vaimne ja füüsiline, mis praktikas sageli kattuvad. Seetõttu on vägivallavorme erinevatesse kategooriatesse jagada väga raske. Levinumad õdede vastu suunatud vägivallaliigid on: füüsiline ründamine, ähvardamine ja füüsilise vägivallaga hirmutamise. Esineb ka seksuaalset vägivalda, mis oma olemuselt võib olla nii emotsionaalne kui füüsiline. (Rutherford jt 2007, Boyle jt 2007, Somani ja Khowaja 2012, Gillespie jt 2013.)

Patsiendid ja nende lähedased puutuvad õdedega rohkem kokku kui arstide või teiste töötajatega, seega on just õdedel suurim vägivalla ohvriks sattumise risk. Eriti kõrge on töövägivalla määr erakorralise meditsiini osakondades. Töövägivald mõjutab tugevalt õdesid emotsionaalselt ning see võib soodustada tööalaste eksimuste teket ja vähendada õendusabi kvaliteeti. Sageli tekib vägivallajärgselt motivatsiooni ja usalduse puudumine. Madal enesehinnang koostoimes depressiooni, viha, ärevuse ja ärrituvusega võib esile kutsuda ettearvamatut reaktsiooni, mis võib omakorda põhjustada tööõnnetusi, puuet või isegi enesetapu kavatsusi. Kui keegi on ohus, on tõenäoline, et ta on vihane ja kavatseb vasturünnakut. Patsiendivägivallast tekkinud enesehinnangu langus raskendab igapäevase tööga tegelemist, suurendada tööjõu volavust ja stressist tingitud kulutusi töötajatele ning tööandjatele. (Rew ja Ferns 2005, Eriksen jt 2006, Eslamian jt 2010.)

Erakorraline meditsiin on eriala, mis tegeleb erakorraliste patsientide tervises seisundi diagnoosimise ja raviga. EMO-sse saavad erakorralised haiged, kes on osakonda toodud kiirabi poolt, saadetud teistest haiglatest, tulevad iseseisvalt või perearsti ja teiste eriarstide saatekirjadega. Just viimaste patsientide hulk on hüppeliselt suurenenud ja see on jätkuvas tõusutendentsis. 2010. aastal pöördus Eesti EMO-desse kokku ligi pool miljonit (456408) patsienti, neist suur osa (324485) piirkondlike ja keskhaiglate EMO-sse. (Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020.)

Euroopa Liidu tasandi sotsiaalpartnerite raamkokkulepetes (2006: 67) sätestati, et edukate organisatsioonide peamiseks tunnusjooneks on vastastikune väärikuse austamine kõikidel töökohtadel ja hierarhia tasanditel, seepärast on ahistamine ja vägivald taunitavad. Hukka mõistetakse kõik vägivalla vormid. Ollakse seisukohal, et töövägivallal võivad olla tõsised sotsiaalsed ja majanduslikud tagajärjed, mistõttu sellega tegelemine peab olema tööandjate ja töötajate ühiseks huviks. Euroopa Liidu ja liikmesriikide õiguses on sätestatud tööandjate kohustus kaitsta töötajaid ahistamise ja vägivalla eest töökohal.

Kuna Eestis ei ole õdede töövägivalda uuritud, puudub selle kohta tõenduspõhine teave. On teadmata, kui tihti ja millise vägivallaga õed oma töös tegelikult kokku puutuvad. Samuti on teadmata, milline on õdede reaktsioon vägivallale ja millises emotsionaalses seisundis peavad õed peale intsidenti oma tööd jätkama. Vägivallaprobleeme kaardistades ning põhjusi ja tagajärgi analüüsides on võimalik paremini tegelda probleemide ja nende lahendamisega. Uurimistööga loodab autor saada ülevaate õdede vastu suunatud patsientide ja nende lähedaste vägivalla esinemisest Eesti EMO-des. Uuringu tulemused on olulised probleemi tõsiduse teadvustamiseks nii õdede endi kui ka tervishoiuasutuste juhtkonna ja kogu ühiskonna tasandil.

Käesoleva magistr töö eesmärk on kirjeldada patsientide ja nende lähedaste vägivalda õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-des ja selgitada seoseid taustaandmete ja vägivallaohvriks sattumise vahel. Tulenevalt eesmärgist on uurimisküsimusteks:

1. Kui sageli puutuvad Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-de õed kokku patsientide ja nende lähedaste vägivallaga?
2. Milliseid vägivallatüpe esineb Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO õdede hulgas?
3. Kuidas on õed vägivalla intsidendile reageerinud ja milline on olnud õdede emotsionaalne seisund pärast intsidendi toimumist?
4. Kas taustaandmed (vanus, tööstaaž, töökoormus) mõjutavad vägivallaohvriks sattumist?

2. PATSIENTIDE JA NENDE LÄHEDASTE VÄGIVALD ÕDEDE VASTU

2.1 Vägivalla mõiste ja olemus

Antud töö keskseks mõisteks on vägivald. Vägivald (*violence*) on teise inimese tahtlik kahjustamine, mis väljendub erinevates vormides (Türkson 2014). Käesolevas töös on liigitatud vägivalda järgnevalt: emotsionaalne ehk vaimne, füüsiline ning eraldi liigina on käsitletud seksuaalne vägivald. Seksuaalne vägivald võib oma olemuselt olla nii emotsionaalne, kui füüsiline. Selleks, et analüüsida seksuaalse vägivalla olemasolu, on seda käsitletud eraldi. Erinevate allikate põhjal võib esineda ka teisi liigitusi. Erinevad määratlused näitavad, et vägivald ja agressiooni ei ole kerge üksteisest eristada, eriti igapäevategevuses ja neid kasutatakse sageli sünonüümidenä. (Hahn 2012, Gillespie jt 2013.)

Vägivald õdede vastu on määratletud kui mistahes sündmust, mis ohustab õdesid, ähvardavat käitumist ja agressiivsust patsiendi, tema lähedaste või kogukonna liikmete poolt (Kynoch jt 2009, Eslamian jt 2010). Patsiendi lähedastena käsitletakse kõiki inimesi, kes on patsiendi enese sõnul talle lähedased, olenemata nende inimeste juriidilisest seotusest patsiendiga (Laks 2009). Vägivald töökojal on määratletud kui hirmutamist, kiusamist, ähvardamist, füüsilist rünnakut ja vara kahjustamist, mis leiab aset klientide, kliendi sugulaste, tuttavate või võõraste poolt töötajate vastu nende töökojal (Kitaneh ja Hamdan 2012). Töövägivald peetakse osana tööga seotud ohtudest, mis võivad mõjutada tervishoiutöötajaid ja avaldada seeläbi soovimatut mõju patsientide ravi kvaliteedile (Kowalenko jt 2012). Töövägivallaks tuleb lugeda kõike juhtumeid, kus töötajaid rünnatakse, ähvardatakse või solvatakse nende tööga seotud asjaoludel ning see seab otseselt või kaudselt ohtu töötaja ohutuse, heaolu ja tervise (di Martino 2003).

Somani ja Khowaja (2012) hinnangul on vägivallal kaks põhiliiki: emotsionaalne ehk vaimne ja füüsiline. Töövägivallana esineb kõige sagedamini emotsionaalset vägivald (*emotional violence*), mis on verbaalne või mitteverbaalne rünnak, eesmärgiga ohver oma kontrollile allutada. Vaimne vägivald on tahtlik teisele inimesele pidevalt haiget tegemine ja tema tunnete riivamine, mis kahjustab teist inimest emotsionaalselt ning alandab ta eneseväärikustunnet. Emotsionaalne vägivald ei ole alati ohvri otsene solvamine või ta peale karjumine, vaid see võib väljenduda ka peenekoelise ja oskusliku manipuleerimise ning alandamise kaudu. Kõige rohkem esineb emotsionaalset kuritarvitamist ja solvanguid (*emotional abuse*), mille puhul patsient või tema saatjad räägivad ründavalt, solvavalt või karjuvad eesmärgiga õde solvata või hirmutada. Selline emotsionaalne vägivald võib sisaldada ka ähvardusi või ahistamist telefoni teel. (Boyle jt 2007.)

Emotsionaalne vägivald võib avalduda väga erinevalt: kiusamise (*bullying*), ignoreerimise (*ignoring*), laimamise (*backbiting*), ähvardamise (*threatening*), tülitamise (*harrassment*), hirmutamise (*intimidating*), sõimamise (*reviling*), alandamise (*humiliating*), kritiseerimise (*critisizing*), süüdistamise (*blaming*), või manipuleerimisena (*manipulating*). Emotsionaalset vägivalda on sageli keeruline märgata. Sageli tekitavad vägivallatsejad ohvris tunde, et ta on ise süüdi või käitunud valesti ning see on intsidendi põhjuseks. (di Martino 2003, Gillespie jt 2013, Hamdan ja Hamra 2015).

Füüsiline vägivald (*physical violence*) on tahtlik füüsilise jõu kasutamine vastu teise isiku tahtmist, põhjustades teisele inimesele vigastusi, füüsilist valu või isegi surma (Somani ja Khowaja 2012). Patsient või tema saatjad kas ründavad otseselt, üritavad rünnata või ähvardavad füüsiliselt rünnata (Boyle jt 2007). Füüsilised kallaletungid võivad sisaldada löömist (*kicking*), pigistamist (*pinching*), kägistamist (*strangling*), kusagilt kinni haaramist (*grabing*), juustest kiskumist (*pulling hair*), kriimustamist (*scratching*), peksmist (*beating*), hammustamist (*biting*), sülitamist (*spitting*), esemetega viskamist (*throwing an object*), terava esemega torkamist (*stabbing*), tulirelvaga ründamist või vara kahjustamist (Kowalenko jt 2012, Gillespie jt 2013, Hamdan ja Hamra 2015).

Seksuaalne vägivald (*sexual violence*) võib tekkida inimestevaheliselt või kollektiivsel tasandil. See võib oma olemuselt olla nii emotsionaalne kui füüsiline ning hõlmab ühepoolset seksuaalkontakti või ühepoolset kontaktivaba seksuaalse olemusega tegevust. (Rutherford jt 2007.) Seksuaalne vägivald töötl kujutab endast ükskõik mis vormis seksuaalse alatooniga ettepanekut või soovimatut tähelepanu patsiendi või tema saatja poolt (Boyle jt 2007). Tegevused nagu piilumine, katsumine, seksuaalse alatooniga naljad, žestid ja kingitused ning sunnitud seksuaalvahekord on põhilised seksuaalse vägivalla ilmingud (Hamdan ja Hamra 2015).

Erinevad vägivallavormid võivad esineda samaaegselt (di Martino 2003). Samuti võib üks vägivallavorm üle kasvada teiseks (May ja Grubbs 2002). Ükskõik kas tegu on füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivallaga, häirib iga juhtum organisatsiooni rutiinset toimimist (Keely 2002) ning koormab niigi rahapuuduses tervishoiusüsteemi (MacKinnon 2009).

2.2 Õdede vastu suunatud vägivald ja selle levimus

Patsiendi vägivald tervishoiusektoris ei ole haruldane ja eriti kõrge on selle määr just erakorralise meditsiini osakondades (Gacki-Smith jt 2009, Kowalenko jt 2012). Erakorralise meditsiini

osakond on üksus, kus teenindatakse suurt osa patsiente, kes kuritarvitavad joovastavaid aineid ja põevad psühhiaatrilisi haigusi. EMO töötajate töökoormus on sageli ettemääramatu, tihti patsiendirohke ja vähese personaliga. Erakorralise meditsiini osakondadesse sattuvad patsiendid enamasti ootamatult. Ootamatusse olukorda sattunud isikud peavad sageli ootama tunde ja viibima pikalt ooteruumides, see võib põhjustada pettumust, mis võib viia agressioonini. (Stathopoulou 2007, Gacki-Smith jt 2009, Kowalenko jt 2012.)

Levinumad õdede vastu suunatud vägivallaliigid patsiendi ja tema lähedaste poolt on: füüsiline ründamine, verbaalne ähvardamine ja füüsilise vägivallaga hirmutamise. Rünnakuobjektiks võivad olla nii isikud kui ka nende isiklik vara. Kallaletungijad on ähvardanud õdesid, lubades hiljem tekitada füüsilist valu või tappa. Hirmutamisenähtena on põhiliselt esinenud katsed tungida läbi suletud uste ja akende triiaži- või muudesse patsientide raviga seotud ruumidesse. Vägivallatsejad on tunginud ka personaliruumidesse, samal ajal karjudes ja/või rusikatega vehkides. (Gillespie jt 2013.)

Ameerika Ühendriikide Statistika Büroo 2004 aastal avaldatud andmetel, mis olid kogutud perioodil 1996-2000 kajastub, et ligi pooled vägivalla juhtudest on toimunud tööl. 2006 a. andmetest selgus, et kõigist töökohal esinenud vägivalla juhtudest esinesid 60% tervishoius. Enamus õdede vastase füüsilise (95%) ja emotsionaalse (67%) vägivalla juhtumite põhjustajateks olid patsiendid. Paljud vägivalla juhtumid meditsiinipersonali suhtes on teadmata, kuna neid käsitletakse „osana tööst“. (Gerberich jt 2004, Gates jt 2011, Kowalenko jt 2012.) Uuringutele tuginedes väidavad MacKay jt (2005) ja Gates (2004) koguni, et õendusvaldkond tervikuna on "kõige ohtlikum ametiala".

Suurbritannias on vaimset vägivalda kogenud üle 86% ja füüsilist vägivalda 27% õdedest (Winstanley ja Whittington (2004). Saksamaal oli viimase kaheteistkümne kuu jooksul 70,7% vastanutest kogenud füüsilist ja 89,4% emotsionaalset vägivalda (Franz jt 2010). Šveitsis läbi viidud uuringu tulemused kinnitasid, et 72% õdedest oli kogenud verbaalset ja 42% füüsilist patsiendi ja nende lähedaste vägivalda viimase 12 kuu jooksul (Hahn jt 2010). Iraanis on vähemalt ühel korral viimase aasta jooksul kokku puutunud verbaalse vägivallaga 64% õdedest, kiusamise ja psühholoogilise ahistamisega 29% ja füüsilise vägivallaga 12% õdedest (Teymourzadeh jt 2014). Jordaania läbiviidud uuringus füüsilise vägivalla kohta õdede vastu tõdeti, et 420-st vastanud õest on vaid 22,5% sattunud füüsilise vägivalla ohvriks töökohal (Abualrub ja Al-Asmar 2011). Hiinas kinnitas 71,9% verbaalse vägivalla kogemust ja 7,8% õdedest füüsilise vägivalla kogemust viimase aasta jooksul (Jiao jt 2015). Palestiinas tunnistas 80,4% küsitlusele vastanud

õdedest kokkupuudet vägivallaga töökohal, kellest 59,6% teatas kokkupuutest emotsionaalse ja 20,8% füüsilise vägivallaga ning 1,7% seksuaalse ahistamisega (Kitaneh ja Hamdan 2012).

Erakorralise meditsiini osakondades on vägivallajuhtude keskmiseks määraks 1,8 ründamise juhtu öe kohta aastas (Kowalenko jt 2012, Gillespie jt 2013). Ameerika Minnesota osariigis kogesid EMO õed neli korda rohkem vägivalda kui teistes üksustes (Gerberich jt 2004). Varasemate uuringute põhjal on Keely (2002) väitnud, et EMO õdedest on kõik oma karjääri jooksul langenud verbaalse vägivalla ja 86% füüsilise ohvriks. Sama statistikat kinnitavad ka May ja Grubbs (2002) Põhja Floridas läbiviidud uuringu põhjal EMO õdede hulgas, kus hinnangud anti viimase tööaasta jooksul toimunud intsidentide kohta. Gates jt (2006) tegid oma uuringus kindlaks, et Ohio erakorralise meditsiini osakonnas oli kogenud 67% osalenud õdedest vägivalda viimase kuue kuu jooksul. Lõuna- Ameerika kahe haigla EMO õdedest oli oma karjääri jooksul langenud füüsilise rünnaku ohvriks 82% ja viimase aasta jooksul 56% küsitletud õdedest (Erickson ja Williams-Evans 2000).

Austraalia uuringus oli viie kuu jooksul patsientide poolt rünnatud 50 EMO õde, seega iga kuu langes vägivalla ohvriks 10 õde ning kokku teatati töövägivallast 110 korral, mis teeb viis vägivalla juhtumit nädalas (Crilly jt 2004). Euroopas läbiviidud rahvusvahelises uurigus selgus, et 660-st EMO õest oli rünnatud patsientide või külastajate poolt 43,2% ja seda igapäevaselt, korra nädalas või vähemalt korra kuus (Camerino jt 2008). Kanada EMO-s läbiviidus uuringus tõdeti, et 90% uuritavatest langes verbaalse rünnaku ohvriks vähemalt kord nädalas ja 84% vähemalt korra iga vahetuse ajal. Üle 50% uuritavatest oli füüsiliselt rünnatud ning üle viiendiku vastajatest koges füüsilist rünnaku ohtu üle 20 korra aastas. (Fernandes jt 1999.)

2.3 Patsientide ja nende lähedaste vägivalla põhjused

Õed moodustavad väga suure osa meditsiinipersonalist, puutuvad õed patsientidega rohkem kokku kui teised töötajad ning neil on suurem risk sattuda vägivalla ohvriks. Õdede töös tuleb palju suhelda patsientide ja nende lähedastega, kellel võivad olla erinevad ootused. Konflikt tekib siis, kui ootused ja tegelikkus on vastuolus. On väga palju tegureid, mis suurendavad vägivalla riski, need võivad olla tingitud töötaja ja ründaja isikuomadustest, töökoha e organisatsiooni iseärasustest ja ka olukorrast. (Gillespie jt 2013, Teymourzadeh jt 2014.)

Olukorrast sõltuvalt võivad agressiivsust tekitavad tegurid olla väga erinevad. Uuringud on näidanud, et kui on rahuldamata patsiendi põhivajadused, võib iga inimene olla agressiivne. Nälg,

pikk ooteaeg meditsiinilise sekkumiseni, teadmatust tervisega seotud olukorrast, suur rahvahulk, lärm ja erinevad lõhnad võivad olla selleks, mis põhjustavad erinevat liiki vägivalda. Ka kogetud pettumus on oluline. Vägivald võib olla põhjustatud ka patsiendi tervislikust seisundist, kus tugeva valu või hüpoksia korral ei suuda ta end alati kontrollida (Pich jt 2010). Väga olulised põhjused vägivalla tekkeks on frustratsioon ja ebamugavustunne, mida patsient tunneb, samuti narkootikumide või muude sõltuvusainete tarbimine. Narkootikumide või ravimite võõrutusnähud võivad vähendada sallivust, kuna soovitud tulemust ei ole lihtne saavutada. (Gerberich jt 2004, Eriksen jt 2006, Eslamian jt 2010.)

Isikuomadustest mõjutavad vägivalla teket nii patsiendi kui töötaja isikuomadused. Sugu ja vanus, väljakutsuv välimus ja riietus, vähene töökogemus, samuti ka ohvri enda käitumine vastuseks agressioonile – need kõik võivad olla olulised isikust sõltuvad tegurid, mis võivad agressiooni vähendada või hoopis suurendada. (Rodríguez ja Paravic 2013.) Mõju avaldavad ka töö öisel ajal ja naissoo domineerimine õdede hulgas. Sageli on personal stressis, kuna õdede arv pole piisav osutamaks teenust, mida neilt oodatakse. (Teymourzadeh jt 2014.)

On fakt, et mõned õed kogevad tööl rohkem vägivaldseid episooide kui teised, aga kindlalt ei saa väita, kas see tuleneb õe isikuomadustest, hoiakutest või hoopis välistest teguritest (Winstanley ja Whittington, 2004). Õed on ise kinnitanud, et mõne kolleegi puhul on vägivallajuhtumid tõenäolisemad (Pich jt 2010). Little (1999) leidis, et minevikus kogetud vägivald (perevägivald, väärkohtlemine lapsena) suurendavad vägivallaohvriks sattumise riski. Vägivalla teket mõjutab lisaks õdede isikuomadustele ka tema kogemused ja oskused ohtu ära tunda ja pingelist olukorda maandada (Champan jt 2009). On tõendatud, et kogenumatel ja eakamatel õdedel on väiksem oht sattuda vägivallaohvriks, kui noorematel ja väiksema kogemusega kolleegidel (Pich jt 2010). Jiao jt (2015) leidsid, et väiksema kogemusega õed olid suurema tõenäosusega verbaalse (89,5%) ja füüsilise (13,2%) vägivalla ohvrid, võrreldes kogenumate õdedega. Väga tähtis on, et õed oleks koolitatud ära tundma ohumärke, mille puhul on võimalus vägivaldse olukorra tekkeks. (Champan jt 2009). Intsidendi tekkimine võib olla seotud õe kehakeele või suhtumisega patsienti - kui õe suhtlusviis on agressiivsem, on suurem tõenäosus vägivalla tekkeks (Pich jt 2010).

Pikast ooteajast võib tekkida stress ka patsientidel ja nende lähedastel (Teymourzadeh jt 2014). Paljudel juhtudel tekib patsiendi agressiivne hoiak õe suhtes juba siis, kui patsient saab teada, et õde on talle määranud triaazi kategooria, mille puhul ei asuta temaga tegelema esmajärjekorras (Donna jt 2011). Agressiooni tekkimise põhjuseks võib olla ka raviarve maksmise kohustus (Jiao

jt 2015). Erakorralise meditsiini osakonda satuvad tihti patsiendid, kes põevad vaimseid või psühhiaatrilisi haiguseid, mis võivad mõjutada inimese käitumist (Gillespie jt 2013).

Tihti toimetab politsei patsiente vastu nende tahtmist EMO-sse, mis tekitab agressiivsust (Luck jt 2008). Patsientide ja nende käitumist võib mõjutada ning vägivalda soodustada eelnevalt tarbitud alkohol või muud joovastavad ained, mis pärsivad emotsioonide kontrollmehhanisme (Gillespie jt 2013). Sageli tajuvad patsiendid, et nendega tegelevale õele, ei meeldi patsiendi joove ja see võib mõjuda omakorda ärritavalt (Luck jt 2008).

Organisatsioonist sõltuvalt mõjutavad vägivalda teket tööl erinevad turvalisuseaspektid- tööruumide asetus ja nende väljapääsude asukoht, valgustus, turvasüsteemide olemasolu ning töötajate oskused ennast ohuolukordades kaitsta. Vastavalt Ameerika Ühendriikides 1996 aastal kehtestatud juhiste: „Tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vastase vägivalda ennetamine töökohal“ lasub juhtkonnal kohustus vägivalda ennetamise juhiste väljatöötamiseks ja nende rakendamiseks. Tervishoiuteenuseid osutavate asutuste juhtkond peaks spetsialiste kaasates moodustama vägivalda ennetamise komisjonid ja vägivaldaohvrite nõustamise, juhendamise ning järelkontrolli. Töökoha riskianalüüs peaks hõlmama regulaarset kõikide teadaolevate juhtumite läbivaatamist kõikides tervishoiu valdkondades. Edukas töökoha riskianalüüs peab sisaldama strateegiat, mis julgustab töötajaid juhtkonda teavitama kõikidest vägivalda juhtumitest töökohal, sealhulgas verbaalsest rünnakust, mis ei tekita füüsilisi vigastusi. (McPhaul ja Lipscomb 2004, Gillespie jt 2013, Ramcciati jt 2016.)

Töökohast sõltuvalt mõjub positiivselt vägivalda riskide vähendamiseks ja kontrollimiseks häire- ja valvesüsteemide paigaldamine kõrge riskiga töökohtadesse. Samuti peaks vägivalda ennetamise programm sisaldama vastavat koolitust erakorralise meditsiini osakondade personalile. Piisav personali hulk on väga oluline riskide ennetamise meetmena. Samuti on vajalik piisav valgustus ja turvatud juurdepääs personali töökohtadele, eriti kui töötatakse üksi. Enne tööle asumist ning perioodiliselt töötamise ajal on vajalik kõikide töötajate koolitus, mis peaks sisaldama oskusi agressiivse käitumise identifitseerimisel ja konfliktide juhtimisel. (McPhaul ja Lipscomb 2004, Gillespie jt 2013, Ramcciati jt 2016.)

2.3 Patsientide ja nende lähedaste vägivalda toime õdede tervisele

Lanctôt ja Guay (2014) on töövägivalda toime õdede tervisele liigitanud 7 rühma: füüsiline, psühholoogiline, emotsionaalne, tööprotsessi toimimist mõjutav, suhet patsiendiga ja seeläbi ravikvaliteeti mõjutav, sotsiaalne ja rahaline. Vägivald töökohal tekitab suurt hirmu ning see on üks olulisemaid tagajärgi, mis vähendab tööga rahulolu ja organisatsioonile pühendumist (Teymourzadeh jt 2014). Vägivalla mõju ohvritele võib olla nii lühi- kui pikaajaline (Gates jt 2011). Vägivallast tingitud stress soodustab läbipõlemist, depressiooni, kehakaalu tõusu või langust ning tubaka, alkoholi ja ravimite tarbimise tõusu, need faktorid aga võivad negatiivselt mõjutada töö tulemuslikkust ja töötaja tähelepanuvõimet (Rodríguez ja Paravic 2013).

Ohver võib kogeda süütunnet, kahelda enda ametialases pädevuses, tekib jõuetus ja unepuudus. Ohvril võib tekkida antipaati teo toimepanija suhtes, see võib viia olukorrani, kus õde tunneb patsientidega tegelemisel rahulolematust ning ta hakkab püüdma patsiente vältida. (Pich jt 2010.) Töötajal kujuneb motivatsiooni ja usalduse kriis, madal enesehinnang, mis koostoimes depressiooni, viha, ärevuse ja ärrituvusega võib lõpuks põhjustada ravivigu, tööõnnetusi, puuet või isegi enesetappu (Teymourzadeh jt 2014).

Sageli tekib olukordi, kus õde tunneb end töökohal ohustatuna. Arusaam, et vägivald on vältimatu tööaspekt, takistab vägivalla probleemist tõsisemalt rääkimist. Ähvardused ja füüsiline vägivald tekitavad tõsiseid psühholoogilisi vaevusi õdede hulgas. Kuigi enamik vägivaldseid episoodide tööl ei põhjusta raskeid füüsilisi vigastusi, on ähvardused ja vägivald hirmutavad sündmused ja sellel võivad olla pikaajalised psühholoogilised tagajärjed. Ohvritel võib tekkida hirm korduva vägivalla ees ja tekkida traumajärgne stressisündroom. Stressi mõju on igal õel individuaalne, olenevalt tema enesehinnangust ja usust oma professionaalsetesse võimetes. (Hahn 2012, Teymourzadeh jt 2014.)

Vägivaldne intsident tööl võib põhjustada ka füüsilisi vigastusi või psühhotraumat. Samuti võib see suurendada võimalust ärevushäirete tekkeks ning see võib omakorda häirida üksikisiku võimet sündmustega toime tulla ning tekitada viha. Viha on üks keeruline emotsioon ja tavaline reaktsioon ebameeldivale sündmusele. Kui keegi on ohus, ükskõik, kas ähvardab füüsiline, verbaalne või seksuaalne oht, on kõige tõenäolisem, et ohver on vihane ja kavatseb vasturünnakut. (Eriksen jt. 2006, Hahn 2012.)

Vägivald mõjutab töötajate kaudu ka tööandjaid, kuna vägivalda ohvrite terviseprobleemide tõttu suurenevad ka tööandjate kulutused. Töövõimetuslehtedel viibimine ja asenduste korraldamine on tööandjale kulukas. Tihti langeb pärast vägivaldajuhtumit õdede töövõime, nad ei ole suutelised pakkuma patsientidele ohutut ja empaatilist õendusabi. See võib vähendada patsientide rahulolu ning osa patsientidest võib lahkuda teistesse raviasutustesse. Esineb juhtumeid, kus õed vahetavad töökohta teiste üksuste vastu või lahkuvad meditsiinist. Töölt lahkunud töötaja tuleb asendada uuega, uus töötaja vajab aga koolitust. (McGovern jt 2000, Gerberich jt 2004, Gillespie jt 2009.)

Hinnanguliselt ulatus ainuüksi Ameerika Ühendriikides aastane õdede vägivallaga seotud kahju suuremaks kui 69000000 dollarit, kusjuures need arvutused sisaldasid vaid ravikulusid ja hüvitisi, mitte töötajate asendamise kulusid. On teada, et 93% õdedest on sageli mõjutatud töökeskkonnast tingitud stressist. Stressiga seotud kulud on hinnanguliselt 13000 dollarit töötaja kohta aastas ning tööstressi seostatakse töö tulemuslikkuse vähenemise, töölt puudumise suurenemise, halva emotsionaalse ja füüsilise tervisega ja suurenenud võimalusega loobuda õe tööst. (Eslamian jt 2010.)

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2011–2020 sätestatakse, et ohutu ja tervislik töökeskkond on töötajate tervise ja töövõime säilimise tagatis. Euroopa Liidu Töötervishoiu ja Tööohutuse Agentyur soovib senisest rohkem tähelepanu pöörata töötervishoiule ja selle uurimisele. Töökeskkonnast tulenevate ohutegurite väljaselgitamine ja nendega arvestamine on tervishoiuasutustes tavapärane, kuid vähe on rakendatud töötervishoiu ja ohutuse juhtimissüsteeme, mis keskenduksid psühhosotsiaalsete terviseriskide ja kutsehaiguste ennetamisele. (Kaheksa sammu inimese tervise heaks 2011.)

2.4 Õdede reageering vägivallale

Paljudel juhtudel on esinenud töölt puudumisi ning umbes 3% õdedest lahkus oma töökohalt peale füüsilise vägivalla toimumist (Gerberich jt 2004). Kõige rohkem otsisid õed peale vägivallaohvriks langemist toetust kolleegidelt (83,6%). Otsese juhi või juhendaja toetust kasutas üle kolmandiku (38,8%) õdedest ning vähem (25,0%) kasutati toetuse saamiseks isikuid väljaspool tööd (25,0%). Üle kolmandiku vastanutest (37,9%) ei võtnud peale vägivaldseid olukordi tööl kasutusele mittemingisuguseid meetmeid. Enamus (81,0%) üritas patsiendiga vestelda ja ühist keelt leida. Üle poole vastajatest (58,6%) üritas oma käitumist muuta või (56,0%) põgenes patsiendi eest. Alla poolte juhtudest (49,1%) kutsuti appi kolleeg ja (47,4%) üritati vaikselt ja rahulikult patsiendist eemalduda. Rangema sekkumisena on kasutatud patsiendi ohjeldamist: ravimite manustamise

(46,6%), füüsilise ohjeldamise (37,9%), vastu tahtmist kinni hoidmise (33,6%) ja jõuga lahkuma sundimise (31,0%) abil. Vastanutest ligi viiendik (18,1%) palus abi politseilt. Vastajatest 59,3% osales teemakohastel koolitustel ja 45,5% juhtumite aruteludel. Kahjuks ei olnud nimetatud meetmed kõigile ohvritele kättesaadavad. Vastanutest 37,9% ei kasutanud peale intsidenti pakutavaid meetmeid. (Franz jt 2010.)

Ameerika Ühendriikides viidi läbi uuring, kus hinnati õdede (n=264) reaktsioone vägivaldsetele sündmustele. Õed on öelnud, et nad on intsidendi ajal ja sellejärgselt end sundinud hoidma oma mõtteid töö juures (32%), selgelt mõtlema (26%), keskenduma tööle (23%) ja kontrollima emotsionaalseid reaktsioone (26%). 25% õdedest on püüdnud vaatamata konfliktile olla empaatiline patsientide ja nende lähedastega suheldes (25%). (Gates jt 2011.)

Uurides õdede hilisemaid reaktsioone seitsme päeva jooksul pärast vägivalda intsidenti, olid reaktsioonid enamasti emotsionaalsed. Õed on sagedamini kinnitanud väiteid: "Iga meenutus tõi tagasi samad tunded" (82,5%), "Mõtlesin juhtunule, kuigi ei tahtnud" (69%), "Pildid sellest tulid mu mõtetesse" (67%), ja "Mul olid kohati selle kohta tugevad tunded" (68%). Paljud õed üritasid oma mõtteid ja tundeid vältida: "Püüdsin mitte ärritada, kui ma sellele mõtlesin või see meenus" (65%) ja "Üritasin mitte mõelda sellele" (57%). Suur osa õdedest tundis, et tema suhtumine töösse ja patsientidesse oli pärast vägivalda intsidenti muutunud: "Ma muutusin valvsaks ja ettevaatlikuks" (73%), "Ma tundsin ärritust ja viha" (67%), "Mõtlesin muudele asjadele, et hoiduda sellele mõtlemast" (67%) ja "Olin närviline ja kergesti ärrituv" (48%). (Gates jt 2011.)

Maailmas on tehtud palju uuringuid, mis kinnitavad, et töövägivalla probleem on tõsine ja eriti aktuaalne just erakorralise meditsiini valdkonnas (Gates 2004, Eslamian jt 2010, Kowalenko jt 2012). Erakorralise meditsiini osakondades on õdedel oluline ja kandev roll. Kõik saabunud haiged võtab osakonda vastu ning haigete jaotust erinevate ravitsoonide vahel reguleerib ööpäevaringses triaazivalves olev eriväljaõppe saanud EMO õde. (Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020.) Vähe on ette võetud vägivaldaprobleemi ennetamiseks meditsiinis. Kieffer (2013) on esitanud raporti töövägivallajuhtude käsitlest Euroopa riikides, kust selgub et vaid väheseid töövägivallajuhtusid registreeritakse ja käsitletakse kui psüühikahäirete põhjusena ning tööga seotud haigestumisena tervishoiutöötajate hulgas.

3. UURIMISTÖÖ METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimus põhineb suunitluselt enim kriitilisele teooriale. Õenduses on kriitilise teooria kasutamine sobiv, kui soovitakse identifitseerida probleeme ja võtta tarvitusele meetmeid, mis parandavad reaalsel olukorda. Õendus on kogum kompleksseid nähtusi, millest suure osa moodustab teoreetiline ja teaduslik teave. Peab omama professionaalset võimet neid teadmisi rakendada, et tagada hästi koordineeritud, komplektne, tõhus ja ohutu õendusteenus. Peale keerukuse, on õendus ja kogu tervishoid pidevas muutuses tänu meditsiini ja tehnoloogia kiirele arengule. Arengud terviseteadustes toovad esile ühiskonna üha kasvavad vajadused ja suurenevad ootused. Nende vajaduste ja ootuste rahuldamine on keeruline ja vajab multidistsiplinaarseid teadmisi erinevatest tervishoiu valdkondadest. Kriitiline teooria hõlmab teaduslikke traditsioone, mis toetavad objektiivsust ja subjektiivsust sellisel viisil, et tagada tervishoiu kui sotsiaalse konstruktsiooni asjakohasus, efektiivsus ja terviklikkus. Kriitilised vaated tervishoiule muudavad tervishoiusüsteemi integreeritud multidistsiplinaarseks mudeliks, mis pakub patsiendile põhjalikumat abi. (Mosqueda-Díaz jt 2014, Princeton 2015.)

Kriitilise teooria eelduseks on kirjeldada objektiivset reaalsust ning tõlgendada subjektiivseid kogemusi ja arusaamu. Uurimismeetodid võivad olla nii kvantitatiivsed kui kvalitatiivsed. Kuna käesolev uurimus hindab nii objektiivseid fakte kui subjektiivseid kogemusi on see autori arvates sobivaim töö teaduslikuks taustaks. Õdede vastu suunatud töövägivalda on maailmas uuritud nii kvalitatiivselt (Rew ja Ferns 2005, Gacki-Smith jt. 2009, Hahn 2012, Kowalenko jt. 2012, Gillespie jt 2013) kui kvantitatiivselt (Eriksen jt. 2006, Eslamian jt. 2010, Franz jt. 2010). Kui eesmärgiks on koostada usaldusväärseid kirjeldusi nähtuste kohta on sobivam kvantitatiivne uurimismeetod. Kvantitatiivse uurimismeetodiga püütakse kaardistada andmeid, mida võib üldistada üldkogumile. Kogutakse arvandmeid küsimustiku või intervjuuga ning analüüsitakse statistiliste meetoditega. (Taylor 2005: 92).

3.2. Uuritavad

Uurimistöo viidi läbi Eesti piirkondlike- ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades, kus tegeldakse täiskasvanud patsientidega. Eestis on vastavaid osakondi kokku kuus: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Pärnu Haigla. Käesolevasse töösse ei kaasatud

lastehaiglate EMO-sid, kuna vägivalda on defineeritud kui tahtlikku tegevust ja siinjuures on lapse teo tahtlikkust väga raske hinnata. Uurimistöös kasutati käepärast valimit. Uuritavateks olid õed, kes töötasid ajavahemikul 15.08.2016 kuni 30.09.2016 Eesti piirkondliku- või keskhaigla erakorralise meditsiini osakonnas.

Informatsioon uuritavate arvu kohta saadi uurimistöös osalevate haiglate osakondade õendusjuhtidelt või haiglate personaliosakondadelt. Nendele andmetele tuginedes kuulus 2016 aasta augustikuu seisuga sihtgruppi 221 õde. Uuritavate kaasamine ei sõltunud tööstaažist. Uuritavate kaasamise kriteeriumid olid järgmised:

1. Uuritav töötas õena Eesti piirkondliku- või keskhaigla täiskasvanuid patsiente ravivas erakorralise meditsiini osakonnas;
2. Uuritav oli nõus vabatahtlikult uurimuses osalema;
3. Uuritav ei viibinud uurimuse läbiviimise ajal lapsehoolduspuhkusel või töövõimetuslehel.

Uuritavate kaasamisel kasutati osakondade õendusjuhtide abi. Nendega võeti ühendust meili teel. Õendusjuhtidele selgitati uurimistöö olemust ja eetilisi põhimõtteid, sealhulgas uuritavate õiguseid anonüümsusele ja vabatahtlikkusele. Igas osakonnas viidi läbi teavituspäev, mille käigus tutvustati probleemi tõsidust, planeeritava uurimuse käiku ja informeeriti uuritavaid nende õigustest ning vastati tekkinud küsimustele. Kokkuleppel osakondade õendusjuhtidega, viidi infotunnid läbi hommikuti, valvevahetuse ajal, et kaasata võimalikult palju õdesid otsese informatsiooni jagamisel ja küsimustele vastamisel. Igasse osakonda jäeti paberkandjal nii eesti- kui venekeelseid ankeete, koos kaaskirjaga ja suletava ümbrikuga vastuste tagastamiseks uurijale. Lisaks koostati ankeedi elektrooniline versioon keskkonnas *LimeSurvey*. Uuritavatel oli võimalus täita ankeet endale sobival ajal ja kohas.

Osakonna õendusjuhile jäeti informatsioon elektroonilise küsimustiku lingi kohta, palvega edastada see oma töötajatele. Kuna kõikidel õendusjuhtidel on oma töötajate kontaktid ühises kaustas, oli neil võimalus edastada kiri kõikidele adressaatidele üheaegselt. Õendusjuhtidele sai saadetud ka nädalaste intervallidega meeldetuletus, kus paluti saata töötajatele meeldetuletuskiri uuringus osalemiseks koos ankeedi lingiga. Uurija enda käsutusse töötajate andmeid ei saanud, mis välistas võimaluse siduda ankeete konkreetsete isikutega. Vastused e-küsitluse vormis suunati otse uurijale, mis tagas vastajale anonüümsuse. Paberkandjal täidetud ankeedid tagastati osakondade õendusjuhtidele kinnistes ümbrikutes, millel käis uurija järel isiklikult.

3.3. Andmete kogumine

Kasutatud küsimustik koosnes neljast osast, põhiosa (A), mis mõõtis uuritavat nähtust, koosnes 27 küsimusest. A-osas käsitleti kolme vägivalla tüüpi: emotsionaalne, füüsiline ja seksuaalne vägivald. Iga vägivallatüübi kohta oli esitatud 9 küsimust. Võrreldes originaalküsimustikuga oli ühe vägivalla liigi erinevad vormid koondatud, ning lisatud sama liigi vägivallavorme ka kirjanduse põhjal. Selles osas oli 9 avatud lõpuga küsimus ning 15 kahe kuni viie vastusevariandiga küsimust. Iga vägivallaliigi kohta oli koostatud tabel, kus küsiti iga vägivallaliigi erinevate vormide esinemissagedust viimase aasta jooksul. Tabelis sai vastusevariante hinnata 6-astmelisel Likert-skaalal, kus vastusevariantideks olid: 1 = ei, 2 = üks kord aastas, 3 = paar korda aastas, 4 = umbes üks kord kuus, 5 = umbes 1 kord nädalas, 6 = peaaegu igapäevaselt. Peale sageduse oli küsitud, kus intsident toimus ning kes olid vägivallatsejad. Avatud lõpuga küsimustes sai vastaja lühidalt kirjeldada juhtumit ja enda kohest reaktsiooni sellele ning avaldada oma arvamust mõjutavate faktorite kohta.

Ankeedi B ossa olid koondatud emotsionaalse seisundiga väited. Vastaja sai valida sobiva juhtumi väite ning hinnata selle esinemissagedust 5-astmelisel Likert-skaalal. Vastusevariandid, mille vahel sai valida olid: 1 = mitte kunagi, 2 = vähem kui poolte juhtumite puhul, 3 = poolte juhtumite puhul, 4 = rohkem kui poolte juhtumite puhul, 5 = alati. Samal skaalal ja samade vastusevariantidega hinnati ka osas C vastajate tegevust intsidendi järgselt. Neljandas (D) osas uuriti taustaandmeid (vanus, töökoormus (töötunde nädalas), tööstaaž õena, patsiendi teenindamine – üksinda, kahe- või enama liikmelise meeskonnaga). See osa sisaldas enamuses avatud lõpuga küsimusi. Taustaandmed olid vajalikud valimi kirjeldamiseks ja seoste leidmiseks.

Pärast Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi õendusteaduse õppetooli poolt projekti aktsepteerimist ja kinnitamist, taotleti luba uuringus osalenud haiglatelt. Peale kõikidelt haiglatelt kirjaliku loa saamist esitati taotlus loa saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteele ning luba saadi 18. aprillil 2016 (protokolli number: 258/T-12) (vt Lisa 1).

Perioodil 01.08–05.08.2016 viidi läbi ankeetküsimustiku töökindluse testimine e prooviuuring, milles osales kolm osakonna õendusjuhti ja kolm EMO õde. Pooled prooviuuringus osalejad täitsid venekeelse ja pooled eestikeelse ankeedi. Prooviuuringus osalejatel oli palutud hinnata küsimuste sõnastust ja arusaadavust, samuti hinnata aega, mis kulus küsimustiku täitmiseks. Peale saadud

kommentaare parandati kahe eestikeelse ja nelja venekeelse küsimuse sõnastust. Prooviuuringus osalejatel kulus ankeedi täitmisele maksimaalselt 20 minutit.

Andmete kogumine toimus ajavahemikul 15.08.-30.09.2016. Andmete kogumiseks kasutati Austraalias 2007. aastal Malcolm Boyle juhtimisel koostatud ankeeti pealkirjaga „Töövägivald esmatasandi tervishoius“ (*Occupational based violence in primary health care*), ankeet koostati uurimuse „*A pilot study of workplace violence towards paramedics*“ läbiviimiseks (Boyle jt. 2007). Ankeet sai tõlgitud töö autori poolt eesti (vt Lisa 2) ja vene keelde (vt Lisa 3). Koos tõlkimisega sai ankeeti sisse viidud ka muudatusi. Peatükid on koondatud vägivallaliikide järgi kolme ossa: emotsionaalne, füüsiline ja seksuaalne vägivald. Iga vägivalla liigi kohta on lisatud vägivallavormid, mida on varasemates uuringutes välja toodud. Vormide lisamine annab täpsema ülevaate, millise vägivallaga õed oma töös rohkem kokku puutuvad. Ankeedi kohandamisele aitasid kaasa magistritöö juhendajad. Nii eesti- kui venekeelse tõlke kohta võeti tõlkeõigsuse kinnitus Luisa Tõlkebüroolt. Ankeedile lisati uurimuse läbiviija poolt kaaskiri selgituste ja kontaktandmetega eesti keeles (vt Lisa 4) ja vene keeles (vt Lisa 5). Ankeedi kasutamiseks, tõlkimiseks ja kohandamiseks saadi põhiautori luba e-maili teel (vt Lisa 6).

3.4 Andmete analüüs

Andmebaas moodustus küsimustiku abil kogutud andmetest, mis kodeeriti ja töödeldi. Andmete analüüsiks sisestati kõik 82 ankeeti programmi *Microsoft Office Excel 2010*, mille abil, teostati ka osa andmete töötlemisest ja statistilisest analüüsist. Tulemuste põhjalikumaks analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS 20,0 (*Statistical Packages for the Social Sciences*). Tabelite koostamiseks kasutati programmi *Microsoft Word 2013*. Andmete analüüsimeetoditena kasutati kirjeldavat statistikat, gruppide erinevuse võrdlemiseks χ^2 -testi ja vajadusel Fisheri täpset testi. Hii- ruut testi ja Fisheri täpse testi olulisust väljendab p-väärtus (p). Näitajate vaheliste seoste hindamiseks Spearman'i korrelatsioonianalüüsi. Spearman'i korrelatsioonianalüüsi kahe arvtunnuse vahelise lineaarse seose tugevust väljendab r-väärtus (r). Statistilise olulisuse nivooks valiti $p < 0,05$ (95% tõenäosuse juures).

Tulemused esitati üldsagedustabelitena nii arvude kui protsentidena. Nominaaltunnuste sagedused esitati kirjeldava statistikaga. Pidevate tunnuste puhul arvutati maksimum, miinimum, aritmeetiline keskmine ja standardhälve. Aritmeetilisi keskmisi saab kasutada kui tegemist on arvreaga, mille liikmete arvvaartused kehtivad võrdse pikkusega perioodi kohta (Aarma ja Vensel 1996: 28). Seoseid uuritavate taustaandmete ning vägivallaliikide ja juhtude sageduse esinemise

vahel uuriti Spearmani korrelatsioonianalüüsiga. Taustamuutujatest arvestati õdede vanust, tööstaaži ning töötunde nädalas.

Hii-ruut testi kasutatakse põhiliselt nominaalsetest või järjestustunnustest koosneva kogumi struktuuri hindamiseks (Roomets 2000: 63). Hii-ruut test võimaldab variantide jaotussageduse põhjal teha järeldusi, kas erinevus kahe võrreldava grupi vahel on statistiliselt oluline või mitte (Roomets 2000: 63). Vajadusel kasutati χ^2 -testi asemel Fisheri täpset (*post hoc*) testi. Olulisuse nivooks oli 0,05. Hiiruut-testi läbiviimiseks moodustati grupid taustamuutujate alusel. Vanuse järgi jagati õed kahte gruppi- kuni 40- aastased ja 41- aastased ja vanemad. Tööstaaži järgi jagati uuritavad 3 gruppi: 1 – töötanud 0,5 kuni 10 aastat; 2 – töötanud 11 kuni 20 aastat ja 3 – töötanud rohkem kui 20 aastat. Töökoormuse alusel moodustati grupid järgmiselt: 1 – 12 kuni 40 tundi nädalas; 2 – 41 kuni 60 tundi nädalas.

3.5 Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistööga saadavad andmed on usaldusväärsed vaid juhul, kui nende kogumiseks kasutatav mõõdik on valideeritud ehk võimeline mõõtma mõõdetavat nähtust. Valideerimise tagamiseks kasutati ankeeti, mida oli varem rahvusvaheliselt testitud. Lisaks 2007 aastal läbiviidud uuringule parameedikute seas on sama mõõdikuga uuritud Monachi Ülikoolis (*Medicine, Nursing and Health Sciences*), parameedikuteks ja ämmaemandateks õppivate üliõpilaste kokkupuudet vägivallaga praktika ajal. Andmete kogumise usaldusväärsuse tagamisel on tähtis koht ka reliaablusel, selle tagamiseks peaks korduvatel mõõtmistel saadavad tulemused olema sarnased. Eelpoolnimetatud uuringutes saadud tulemused olid sarnased.

Kuna mõõdik tõlgiti uurimuse autori poolt ja viidi sisse mõned muudatused, et sobitada Eesti konteksti, oli oluline läbi viia ankeedi töökindluse prooviuuring. Selle eesmärgiks oli hinnata, kas küsimused on uuritavatele sisuliselt arusaadavad ja üheselt mõistetavad. Samuti hinnati, kas küsimustiku erinevad osad on omavahel kooskõlas, selleks arvutati küsimustiku eri osade Cronbachi alfa väärtus (vt Tabel 1). Cronbachi alfa väärtus jäi vahemiku 0,73-0,90.

Cronbachi alfa on loodud mõõdiku seesmise kooskõla mõõtmiseks ning see saab jääda vahemiku 0–1. Seesmine kooskõla tuleks määrata enne küsimustiku kasutamist uuringus. Aktsepteeritavaks loetakse tulemust, mis jääb vahemikku 0,70–0,95. (Tavakol ja Dennick 2011.)

Tabel 1. Mõõdiku „Töövägivald esmatasandi tervishoius” Cronbachi alfa

Küsimustiku osa	Cronbachi α väärtus
Verbaalne vägivald (10 väidet)	0,90
Füüsiline vägivald (11 väidet)	0,73
Seksuaalne vägivald (6 väidet)	0,74

Uuringus kasutati kõiki 82 tagastatud ankeeti, ka neid, mis ei olnud täielikult täidetud. Seitsmes ankeedis ei olnud vastajad avaldanud oma taustaandmeid (vanus, tööstaaž ja töökoormus). Pooltel juhtumitel (41 s.o 50%) ei olnud vastatud avatud lõpuga küsimustele. Uurija sisestas kõik vastused andmebaasi täpselt nii, nagu uuritavad olid need esitanud. Andmete analüüsil järgis uurija aususe printsiipi küsimustele vastamisel.

4. TULEMUSED

4.1 Uuritavate taustaandmed

Uuringus osales 37,1% (82) uuringu ajal Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-des töötavatest õdedest (n=221). Paberkanalil tagastati 71 ankeeti, neist 34 eesti- ja 37 venekeelset. Elektrooniliselt täideti 11 ankeeti, kokku sai kasutada 82 ankeeti. Kuna tegemist oli anonüümse küsitlusega, ei olnud võimalik võtta ühendust õdedega, kes ankeete täitnud ei olnud.

Uuritavate keskmine vanus oli 38,7±11,6 aastat (vahemikus 22–74 aastat). Keskmine tööstaaž õdedel oli 14,9±12,9 aastat ja see jäi vahemiku 0,5 kuni 46 aastat. Õdede töökoormus jäi vahemikku 12–60 tundi nädalas (keskmine 43,1±11,6 tundi nädalas). Vastajatest 42 (56%) töötas koormusega 40 tundi nädalas. Kõik vastanutest pidid erinevates olukordades teenindama patsiente nii üksi, kaheliikmeliste kui ka suuremate meeskondadena. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Uuritavate taustaandmed

Taustaandmed		n	%	\bar{x}	SD
Vanus	20-30	20	27,0	38,7	11,6
	31-40	21	28,4		
	41-50	19	25,7		
	51-60	10	13,5		
	61-70	3	4,1		
	71-80	1	1,3		
	Kokku	75	100		
Õena töötatud aastad	<5	24	32,0	14,9	12,9
	5-10	10	13,3		
	11-20	14	18,7		
	21-30	10	13,3		
	31-40	14	18,7		
	>40	3	4,0		
	Kokku	75	100		
Töötunde nädalas	<20	1	1,3	43,2	11,5
	20-29	4	5,3		
	30-39	3	4,0		
	40-50	54	72,0		
	>50	13	17,4		
	Kokku	75	100		

4.2 Emotsionaalne vägivald

Kõige rohkem kogesid õed emotsionaalset vägivalda. Kõik 82 (100%) vastajat olid viimase 12 kuu jooksul kogenud vähemalt ühte emotsionaalse vägivalla juhtumit. Tabelist 3 võib näha, et

vastajatest kõige rohkem (75, s.o 91,4%) ja kõige sagedamini langesid õed viimase 12 kuu jooksul sõimamise ohvriks: 13 (15,9%) kogesid töökohal sõimamist peaaegu igapäevaselt, 18 (21,9%) umbes korra nädalas ning 25 (30,5%) korra kuus. Kritiseerimist olid kogenud 69 (85,2%), neist peaaegu igapäevaselt 11 (13,6%), umbes korra nädalas 16 (19,8%) ja umbes korra kuus 13 (16,0%) õdedest. Suhteliselt palju (68, s.o 84,0%) esines viimase 12 kuu jooksul ka süüdistamist: peaaegu igapäevaselt 9 (11,1%), umbes korra nädalas 13 (16,1%) ning umbes korra kuus 12 (14,8%) juhul.

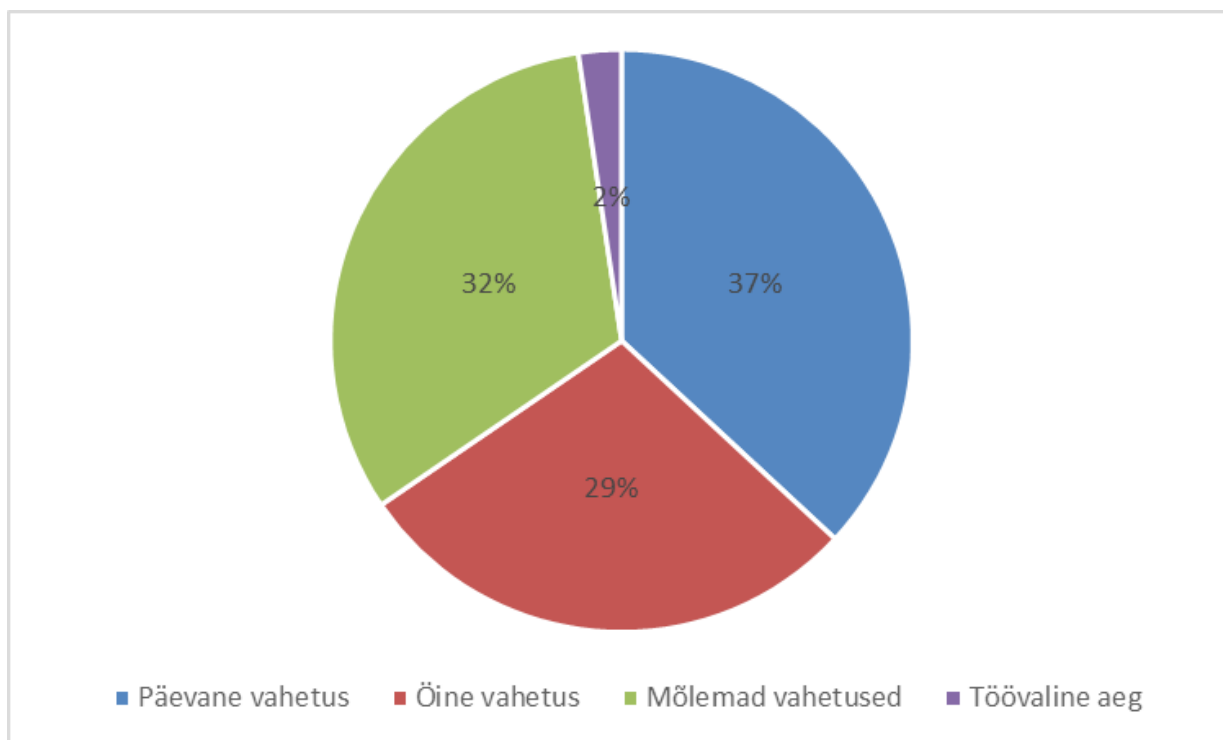
Emotsionaalsest vägivallast kõige vähem kogesid õed töökohal ignoreerimist. Vastajatest 32 (39,5%) ei olnud ignoreerimist viimase 12 kuu jooksul kogenud. Vastanutest 4 (4,9%) tunneb end ignoreerituna peaaegu igapäevaselt. Peale küsimustikus väljatoodud verbaalse vägivalla vormide oli võimalus vastata ka variandi „muud“ kohta. Muid verbaalse vägivalla vorme oli kogenud üldse 7,5% vastajatest, kuid ükski vastaja ei olnud täpsustanud, millise verbaalse vägivallaga muudel juhtudel tegemist oli.

Tabel 3. Õdede emotsionaalse vägivalla ohvriks langemine ja selle sagedus vägivallaliikide kaupa

Vägivallaliik	Ei	Üks kord aastas	Paar korda aastas	Umbes üks kord kuus	Umbes üks kord nädalas	Peaaegu iga-päevaselt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hirnutamine (n=81)	28 (34,6)	13 (16,0)	20 (24,7)	8 (9,9)	9 (11,1)	3 (3,7)
Kiusamine (n=81)	29 (35,8)	15 (18,5)	19 (23,5)	10 (12,4)	7 (8,6)	1 (1,2)
Ignoreerimine(n=81)	32 (39,5)	12 (14,8)	15 (18,5)	8 (9,9)	10 (12,4)	4 (4,9)
Sõimamine/sõnaline rünnak (n=82)	7 (8,5)	3 (3,7)	16 (19,5)	25 (30,5)	18 (21,9)	13 (15,9)
Laimamine (n=81)	30 (37,0)	6 (7,4)	18 (22,2)	13 (16,1)	9 (11,1)	5 (6,2)
Kritiseerimine (n=81)	12 (14,7)	10 (12,4)	19 (23,5)	13 (16,0)	16 (19,8)	11 (13,6)
Süüdistamine (n=81)	13 (16,0)	11 (13,6)	23 (28,4)	12 (14,8)	13 (16,1)	9 (11,1)
Alandamine (n=81)	30 (37,0)	13 (16,1)	17 (21,0)	9 (11,1)	7 (8,6)	5 (6,2)
Ähvardamine (n=81)	25 (30,9)	7 (8,6)	23 (28,4)	12 (14,8)	11 (13,6)	3 (3,7)
Muu (n=80)	74 (92,6)	1 (1,2)	-	1 (1,2)	3 (3,8)	1 (1,2)

31 juhul (37,8%) toimus emotsionaalne vägivald päevase vahetuse ajal. Kolmandikul juhtudest (32,9%) toimus emotsionaalne vägivald mõlema, nii päevase kui öise vahetuse ajal. Veidi harvemini, 24 juhul (29,9%), toimus vägivalla intsident öise vahetuse ajal. Vähesed emotsionaalse vägivalla juhtumid (3,7%) leidsid aset õdede töövälisel ajal, kui õed olid viibinud töö juures isiklikel põhjustel. Õdede vastu toimunud vägivalla ajaline jaotus on toodud joonisel 1.

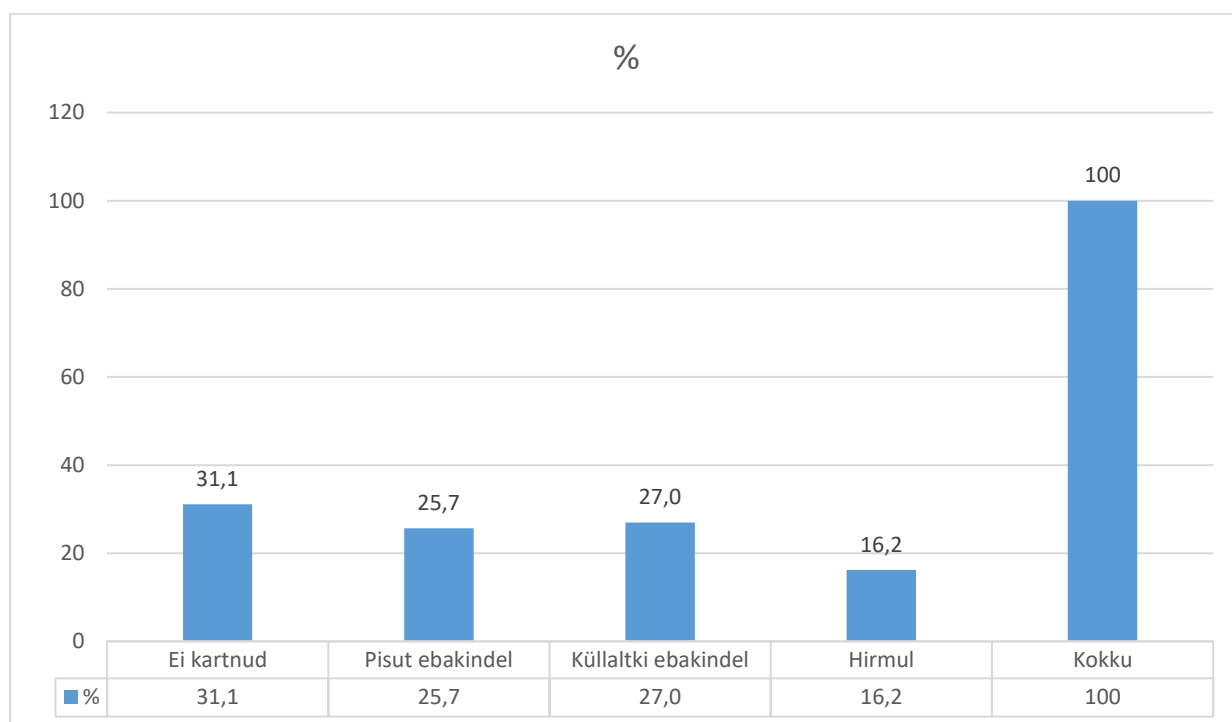
Joonis 1. Õdede vastu toimunud emotsionaalse vägivalla ajaline jaotus



Valdavalt (77, s.o 93,9%) toimusid emotsionaalsed vägivallajuhtumid õe töökohal. Viiel (6,1%) juhul toimus töövägivald haigla üldkasutatavates ruumides (ootesaal, koridor). Vägivallatsejateks olid 52 juhul (63,4%) patsiendid, 25 juhul (30,5%) patsiendi saatjad ning 1 juhul (1,2%) oli vägivallatsejaks kõrvalseisja. Vastajatest 4 (4,9%) vägivallatsejat ei nimetanud. Uuritavatest 91,5% (n=75) vastas küsimustele rünnatavate soo kohta. Vastajatest 73,3% (n=55) oli rünnatud meessoost isikute poolt, 26,7% (n=20) langesid naissoost isiku rünnaku ohvriks.

60 vastanu arvates 36 (60%) juhul võis vägivalla mõjutavaks faktoriks olla joove ning 6 juhul (10%) pikk ooteaeg. Sagedamini (36, s.o 60%) esinenud verbaalse vägivalla juhtum oli kirjeldatud: „*joobes patsient sõimas*”. Emotsionaalse seisundi kohta vägivalla intsidentide ajal vastas 74 (90,2%) uuritavat. Neist 23 (31,1%) ei kartnud, 19 (25,7%) tundsid end pisut ebakindlana, 20 (27,0%) küllaltki ebakindlana, 12 (16,2%) olid hirmul. Mitte ükski vastajatest ei tundnud end intsidentide korral väga hirmul. Õdede vägivallajärgne emotsionaalne seisund on toodud joonisel 2.

Joonis 2. Õdede emotsionaalne seisund emotsionaalse vägivalla järgselt



4.3 Füüsiline vägivald

Füüsilist vägivalda oli viimase 12 kuu jooksul kogenud vastajatest 50 (61,0%). Füüsilise vägivalla vormidest langesid õed kõige rohkem (38, s.o 46,3%) ja kõige sagedamini kusagilt kinni haaramise ohvriks. Paar korda aastas koges kinni haaramist 14 (17,1%) õde, kord aastas 12 (14,6%), kord kuus 7 (8,5%) kord nädalas 3 (3,7%) ja iga päev 2 (2,4%) õde. Sülitamist oli kogenud viimase aasta jooksul 29 (35,4%) vastajat, neist koges seda peaaegu igapäevaselt 1 (1,2%), umbes korra nädalas 2 (2,5%) ning umbes korra kuus 3 (3,7%) õde. Pigistamise ohvriks langes 28 (34,6) uuringus osalejat. Peaaegu igapäevaselt koges pigistamist 1 (1,2%), umbes korra nädalas 3 (3,7%) ja umbes korra kuus samuti 3 (3,7%) õde.

Kõige vähem olid õed langenud kägistamise ja terava esemega torkamise ohvriks. Ühte õde (1,2%) oli viimase 12 kuu jooksul kägistatud ja 2 (2,4%) õde torgatud terava esemega. Üks vastaja (1,2%) märkis, et on langenud muu füüsilise vägivalla ohvriks, kuid ei täpsustanud, millist vägivalda ta pidi kogema. Õdede füüsilise vägivalla ohvriks langemise sagedus vägivallaliikide kaupa on toodud tabelis 4.

Tabel 4. Õdede füüsilise vägivalda ohvriks langemise sagedus vägivallaliikide kaupa

Vägivallaliik	Ei	Üks kord aastas	Paar korda aastas	Umbes üks kord kuus	Umbes üks kord nädalas	Peaaegu iga- päevaselt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Löömine või peksmine (n=82)	67 (81,7)	6 (7,3)	6 (7,3)	2 (2,5)	1 (1,2)	-
Hammustamine (n=82)	70 (85,3)	6 (7,3)	3 (3,7)	3 (3,7)	-	-
Juustest kiskumine (n=80)	78 (97,5)	-	2 (2,5)	-	-	-
Kriimustamine (n=82)	61 (74,4)	9 (11,0)	7 (8,5)	3 (3,7)	1 (1,2)	1 (1,2)
Pigistamine (n=81)	53 (65,4)	10 (12,4)	11 (13,6)	3 (3,7)	3 (3,7)	1 (1,2)
Sülitamine (n=82)	53 (64,6)	10 (12,2)	13 (15,8)	3 (3,7)	2 (2,5)	1 (1,2)
Kinni haaramine (n=82)	44 (53,7)	12 (14,6)	14 (17,1)	7 (8,5)	3 (3,7)	2 (2,4)
Kägistamine (n=80)	79 (98,8)	1 (1,2)	-	-	-	-
Terava esemega torkamine (n=81)	79 (97,5)	2 (2,5)	-	-	-	-
Isikliku vara kahjustamine (n=81)	77 (95,1)	2 (2,5)	1 (1,2)	1 (1,2)	-	-
Muu (n=73)	72 (98,6)	-	1 (1,4)	-	-	-

Füüsilise vägivalda episoodid toimusid 51 vastanu andmetel 31 juhul (60,8%) päevase vahetuse ajal, 19 juhul (37,2%) öise vahetuse ajal ning ühel juhul töötaja töövälisel ajal. Enamus (50, s.o 98,0%) vastajatest kinnitasid, et intsident toimus töökohal ja ühel juhul haigla üldkasutatavas kohas. Enamus juhtudel 50-st vastajast (48, s.o 96,0%) olid vägivallatsejad patsiendid, ühel juhul oli tegemist patsiendi lähedase ja ühel juhul juhusliku kõrvalseisjaga. Ründajateks oli enamikul juhtudest (40, s.o 85,1%) meessoost patsiendid ja 7 juhul (14,9%) naissoost.

Vägivalda soosivate faktoritena tõid vastajad (n=60) välja 25 juhul (41,6%) patsiendi joobeseisundi, 6 juhul (10%) pika ooteaja, 14 juhul (23,3%) psühhoosi ning 3 juhul (5%) patsiendi ootustele mittevastava teeninduse. Olulisemaks ootustele mittevastavuseks osutus asjaolu, et patsiendid soovisid, kuid ei saanud statsionaarsele ravile. Vastajatest 38 juhul (63,4%) ei osanud öelda, mis võis olla vägivalda soodustavaks faktoriks. Emotsionaalse seisundi kohta intsidendi ajal (n=50) vastas 16 osalejat (32,0%), et ei kartnud, 13 (26,0%) olid hirmul, 12 (24,0%) pisut ebakindel, 6 (12,0%) küllaltki ebakindel ja 3 (6,0%) väga hirmul.

4.4 Seksuaalne vägivald

Seksuaalset vägivalda oli kogenud 30 (36,6%) vastajat. Enim esines seksuaalse alatooniga märkuseid või nalju. Üks vastaja (1,2%) kannatas seksuaalse alatooniga märkuste all peaaegu igapäevaselt, 3 (3,7%) umbes kord nädalas, 2 (2,5%) umbes kord kuus, 8 (9,9%) paar korda aasta, 12 (14,8%) üks kord aastas ning 55 (67,9%) ei olnud viimase aasta jooksul märkuseid kogenud.

Füüsilisest seksuaalsest vägivallast oli EMO õed viimase kaheteistkümne kuu jooksul kogenud katsumist või kinni- haaramist. Kõikidest vastajatest (n=81) olid 10 (12,3%) kogenud katsumist või haaramist kord aastas, 2 (2,5%) paar korda aastas, 1 (1,2%) umbes korra kuus, 2 (2,5%) umbes korra nädalas. Igapäevaselt ei olnud katsumist või haaramist kogenud keegi vastanutest (Tabel 5).

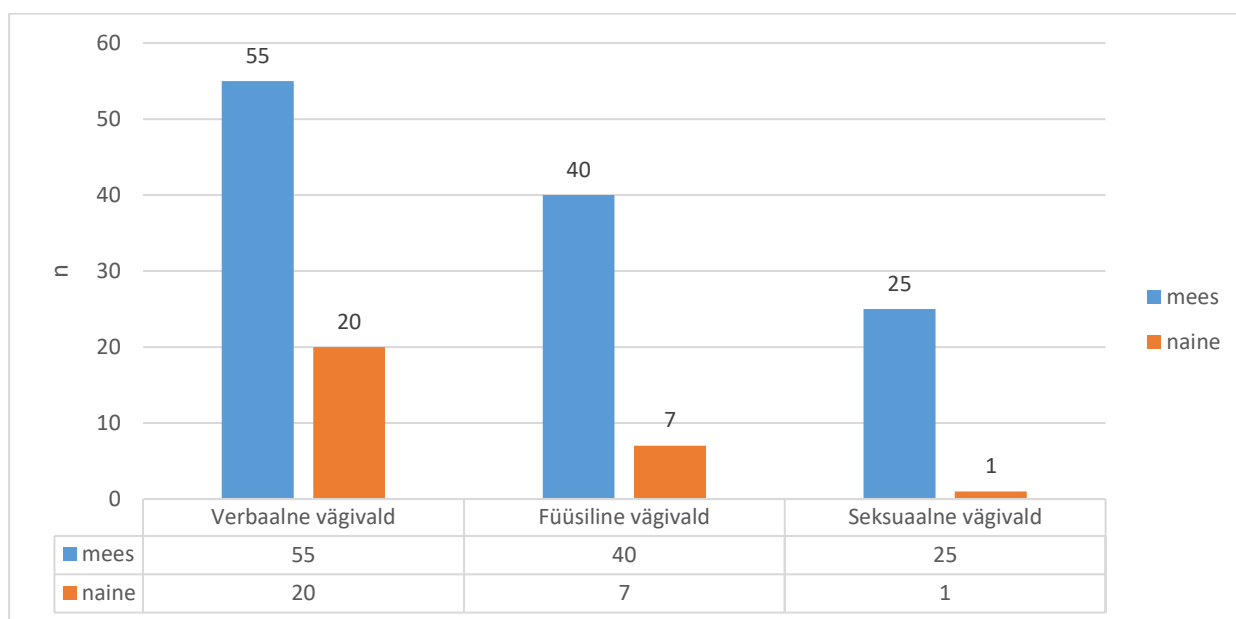
Tabel 5. Õdede seksuaalse vägivalla ohvriks langemise sagedus vägivallaliikide kaupa

Vägivallaliik	Ei n (%)	Üks kord aastas n (%)	Paar korda aastas n (%)	Umbes üks kord kuus n (%)	Umbes üks kord nädalas n (%)	Peaaegu igapäevaselt n (%)
Seksuaalse alatooniga märkused või naljad (n=81)	55 (67,9)	12 (14,8)	8 (9,9)	2 (2,5)	3 (3,7)	1 (1,2)
Katsumine, haaramine (n=81)	66 (81,5)	10 (12,3)	2 (2,5)	1 (1,2)	2 (2,5)	-
Sobimatud kingitused (n=82)	79 (96,4)	1 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,2)	-	-
Piilumine (n=78)	72 (92,3)	5 (6,4)	1 (1,3)	-	-	-
Seksuaalvahekorrale sundimine (n=81)	-	-	-	-	-	-
Muu seksuaalse alatooniga tegevus (n=81)	-	-	-	-	-	-

Toimunud seksuaalse vägivalla juhtumid (n=30) leidsid aset 15 juhul (50%) päevase ja 15 juhul (50%) töötaja öise vahetuse ajal. Vastajatest (n=25) enamus (22; 88%) väitis, et seksuaalne vägivald leidis aset töökohal ja 3 korral (12%) leidis juhtum aset haigla avalikus ruumis. Peamisteks vägivallatsejateks olid 25 juhul (92,6%) patsiendid, 1 juhul (3,7%) patsiendi lähedane ning 1 juhul (3,7%) kõrvalseisja. Intsidendi lisafaktoriks oli 19 juhul (63,3%) patsiendi joove.

Töötajate kirjeldatud reaktsioonidest kutsuti 6 juhul (20%) appi kolleege, 7 juhul (23,3%) ignoreeriti asjaolu ning 4 juhul (23,3%) üritati patsiendile selgitada, et nende tegu on kohatu. Emotsionaalse seisundi kohta väitis 9 (36%) õde, et ei kartnud, 8 juhul (32%) tundis õde end pisut ebakindlana, 6 juhul (24%) küllaltki ebakindlana ja 2 juhul (8%) oli hirmul. Väga hirmul ei tundnud end keegi vastajatest. Seksuaalse vägivalla puhul olid vägivallatsejateks enamuses 25 (96,2%) meessoost ja vaid ühel juhul (3,8%) naissoost isik. Vägivallatsejate sooline jaotus vägivalla liikide kaupa on toodud joonisel 2.

Joonis 2. Vägivallatsejate sooline jaotus vägivalla liikide kaupa



4.5 Reageering vägivallale

Õdede reageeringu kohta olid ankeedis nimetatud sagedasemad väited, mis kehtisid vastajate puhul seitsme päeva jooksul peale intsidendi aset leidmist (Tabel 6). 59 vastajast 16 (27,1%) kinnitas, et proovis alati seda oma mõtetest kustutada, 5 (8,5%) tegid seda rohkem kui poolte juhtumite puhul, 8 (13, 6%) poolte ja 12 (20,3%) vähem kui poolte juhtumite puhul ning 18 (30,5%) ei üritanud seda kunagi.

Tabel 6. Väited, mis kehtisid seitsme päeva jooksul peale intsidenti

Reageering vägivallale	Mitte kunagi n (%)	Vähem kui poolte juhtumite puhul n (%)	Poolte juhtumite puhul n (%)	Rohkem kui poolte juhtumite puhul n (%)	Alati n (%)
Mõtlesin juhtunule kuigi ei tahtnud (n=62)	21 (33,8)	20 (32,2)	9 (14,5)	8 (13)	4 (6,5)
Püüdsin mitte ärritada, kui ma sellele mõtlesin või kui seda mulle meenutati (n=62)	17 (27,4)	13 (21,0)	9 (14,5)	11 (17,7)	12 (19,4)
Proovisin seda oma mõtetest kustutada (n=59)	18 (30,5)	12 (20,3)	8 (13,6)	5 (8,5)	16 (27,1)
Mul oli probleeme uinumise ja magamisega, kuna pildid või mõtted intsidendist tulid mul meelde (n=61)	38 (62,3)	15 (24,6)	6 (9,8)	2 (3,3)	-
Mul olid kohati selle kohta tugevad emotsioonid (n=62)	22 (35,5)	18 (29)	11 (17,1)	8 (13,0)	3 (4,8)
Ma nägin seda unes (n=62)	52 (83,9)	5 (8,0)	4 (6,5)	4 (6,5)	3 (4,8)
Ma hoidsin eemale selle meenutajatest (n=62)	38 (61,2)	13 (21,0)	4 (6,5)	4 (6,5)	3 (4,8)
Ma tundsin nagu seda ei juhtunud päriselt (n=62)	44 (71,0)	12 (19,4)	3 (4,8)	2 (3,2)	1 (1,6)
Mulle tulid pildid sellest mõtetesse (n=62)	37 (59,5)	12 (19,4)	8 (13,0)	1 (1,6)	4 (6,5)
Teised asjad hoidsid mind sellest mõtlemast (n=62)	23 (42,0)	13 (21,0)	5 (8,0)	9 (14,5)	9 (14,5)
Mul oli palju tundeid aga ma ei pööranud neile tähelepanu (n=59)	20 (33,9)	15 (25,4)	13 (22,0)	8 (13,6)	3 (5,1)
Ma üritasin juhtunule mitte mõelda (n=59)	19 (32,2)	9 (15,3)	10 (16,9)	11 (18,7)	10 (16,9)
Igasugused meenutused töid samad tunded tagasi (n=60)	28 (46,7)	19 (31,7)	3 (5,0)	7 (11,6)	3 (5,0)
Mul olid intsidendiga seoses tuimad emotsioonid (n=60)	29 (48,3)	12 (20,0)	8 (13,3)	4 (6,7)	7 (11,7)

Õdede reageeringud töövägivallale pärast selle aset leidmist on toodud tabelis 7. Peale vägivalla intsidenti aset leidmist arutasid kõige sagedamini ohvrid (n=60) juhtunut kolleegidega. Vastajatest 21 (35,0%) arutas juhtunut kolleegidega alati, 13 (21,7%) rohkem kui poolte juhtumite puhul, 9 (15,0%) poolte ja 12 (20,0%) arutas juhtunud kolleegidega vähem kui poolte juhtumite puhul. Kõige harvem vajasid vastajad (n=60) arstiabi. Vaid üks vastaja vajas arstiabi alati, kui sattus vägivalla ohvriks, 2 vastajat (3,4%) poolte juhtumite puhul ja üks (1,6%) vähem kui poolte juhtumite puhul.

Tabel 7. Õdede reageering töövägivallale pärast selle aset leidmist

Reageering vägivallale	Mitte kunagi n (%)	Vähem kui poolte juhtumite puhul n (%)	Poolte juhtumite puhul n (%)	Rohkem kui poolte juhtumite puhul n (%)	Alati n (%)
Ei teinud midagi (n=59)	26 (44,1)	8 (13,6)	10 (16,9)	11 (18,6)	4 (6,8)
Arutasin sõprade/perega (n=59)	17 (28,9)	10 (16,9)	12 (20,3)	12 (12,3)	8 (13,6)
Arutasin kolleegidega (n=60)	5 (8,3)	12 (20,0)	9 (15,0)	13 (21,7)	21 (35,0)
Arutasin juhendaja/otsese juhiga (n=60)	30 (50,0)	9 (15,0)	8 (13,3)	6 (10,0)	7 (11,7)
Sain professionaalset nõustamist (n=61)	54 (88,5)	1 (1,6)	1 (1,6)	1 (1,6)	4 (6,7)
Täitsin vahejuhtumi kohta raporti (n=60)	49 (81,7)	5 (8,3)	4 (6,6)	1 (1,7)	1 (1,7)
Võtsin vabad päevad (n=61)	55 (90,2)	2 (3,2)	3 (4,9)	-	1 (1,7)
Üritasin juhtumile mitte mõelda (n=59)	22 (37,3)	14 (23,7)	7 (11,9)	7 (11,9)	9 (15,2)
Vajasin arstiabi (n=60)	56 (93,2)	1 (1,7)	2 (3,4)	-	1 (1,7)
Muu (n=55)	53 (96,4)	2 (3,6)	-	-	-

4.5 Seosed vägivallaohvriks sattumise ja taustaandmete vahel

Sagedamini esinenud emotsionaalse vägivalla vormidest (n=75) oli peaaegu pooltel (34, s.o 45,3%) juhtudel õdede tööstaaž kuni 10 aastat ning nendest omakorda kolmveerandil (24, s.o 76,6%) kuni 5 aastat. Sagedamini esinenud füüsilise vägivalla vormide puhul esines pool (10, s.o 50%) kõikidest (n=20) juhtudest uuritavatel, kelle tööstaaž õena oli kuni 5 aastat. Seksuaalse vägivalla puhul olid ohvriteks rohkem nooremad õed. Kolmekümnest juhtumist toimusid 19 (63,3%) õdedega vanuses 20-30 aastat ning 9 (30,0%) juhtumit õdedega vanuses 31-40 aastat. Peale viiekümnendat eluaastat langes seksuaalse vägivallaohvriks sattumise sagedus (4, s.o 13,3%).

Statistilisi seoseid analüüsiti vägivallaliikide ja taustaandmete (vanus, tööstaaž, töökoormus) vahel. Samuti uuriti ründaja soo vägivallaliikide vahelisi seoseid. Emotsionaalse vägivalla puhul leiti mitmeid seoseid. Sõimamist kogesid väiksema tööstaažiga õed rohkem kui suurema tööstaažiga õed ($r = -0,27$, $p = 0,02$). Samuti mõjutas tööstaaž süüdistamise ohvriks langemist - väiksema staažiga õdede puhul esines sagedamini süüdistamise juhtusid ($r = -0,30$, $p = 0,008$) ja suurema tööstaaži puhul vähenes võimalus sattuda kritiseerimise ohvriks ($r = -0,35$, $p = 0,002$).

Osade vägivallavormide puhul oli statistiliselt oluline seos õe vanuse ja vägivallaohvriks langemise vahel. Nooremad õed langesid sagedamini kritiseerimise ohvriks ($r = -0,32$, $p = 0,005$). Ka süüdistamist toimus rohkem nooremate õdede suhtes ($r = -0,30$, $p = 0,002$). Seksuaalse

vägivalla vormidest kogesid piilumist need õed rohkem, kellel oli suurem töökoormus ($r = 0,29$, $p = 0,016$).

Vanusgruppide võrdlus (hii-ruut test) emotsionaalse vägivalla liikide kaupa näitas, et söimamist kogesid nooremad õed oluliselt rohkem ($p = 0,021$) ning süüdistamist esines oluliselt rohkem meessoost patsientide poolt ($p = 0,051$). Füüsilise vägivalla vormidest sattusid nooremad õed sagedamini löömise ohvriteks ($p = 0,05$).

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

5.1.1 Õdede vastu suunatud vägivalda uuringute tähtsus

Eestis ei ole varem õdedevastast patsiendivägivalda uuritud, kuigi see on aspekt, mis avaldab väga tugevat mõju nii õdedele, patsientidele, raviastutustele kui ka tervishoiusüsteemile tervikuna. Muja maailmas on antud teemat uuritud (Gillespie jt 2013, Teymourzadeh jt 2014, Ramcciatl jt 2016). Kõige rohkem on teemaga tegeldud Ameerika Ühendriikides ja Austraalias ning vähem Euroopas. Ameerika Ühendriikide Õdede Liidu andmetel esineb tervishoius 3,8 korda rohkem töövägivalda kui teistel erialadel (Gates jt 2011). Tervishoiu sektoris on omakorda kõige suurem töövägivalda määr erakorralise meditsiini üksustes (Kowalenko jt 2012).

Iga vägivaldajuhtum mõjutab nii õdesid patsiente kui ka organisatsiooni toimimist. Seetõttu peavad vägivalda vähendamisse panustama kõik, nii õed ise, tööandjad kui ka patsiendid ja nende lähedased. Kuna patsient ei pruugi alati mõista, et tema tegu võib kvalifitseeruda vägivalda alla, tuleks probleemi teadvustada ühiskonna tasemel. Õel on õigus töötada vägivalda talumata, seega peaks olema tööandjal kohustus tagada efektiivsed turvameetmed ning toetusprogrammid. Iga vägivaldajuhtum peaks olema fikseeritud ja lubamatu on seda käsitleda kui paratamatud tööaspekti.

Uuringutes on tõendatud, et lisaks isikuomadustele aitavad õdedel vägivaldseid situatsioone vältida või lahendada isiklikud kogemused, spetsiaalsed koolitused ning juhtumite arutelud. Õendusjuhtidel tuleks koolitusplaanide koostamisel lisaks erialastele täiendkoolitustele võimaldada õdedel regulaarselt osaleda koolitustel, mis aitaksid kaasa vägivalda ennetamisel ning selle tagajärgedega toimetulekule. Eriti oluline oleks leida võimalus, et vastava koolituse saaks läbida kõik uued töötajad. Julgustama peaks töötajaid teatama igast juhtumist ning juhtumi järgselt peaks organiseerima juhtumi arutelu.

5.1.2 Patsiendi ja tema lähedaste vägivalda liigid

Patsiendi vägivald, ükskõik, kas emotsionaalne, füüsiline või seksuaalne häirib igal juhul tugevalt organisatsiooni toimimist. di Martino (2003) ning May ja Grubbs (2002) väidavad oma uuringutes, et praktikas kattuvad erinevad vägivaldaliigid sageli või kasvab üks liik üle teiseks. Kuna osa õdedest langes emotsionaalse vägivalda ohvriks peaaegu igapäevaselt ning koges ka füüsilist

vägivalda, on tõenäoline, nimetatud füüsiliste vägivaldajuhtumite puhul eelnes sellele või esines samaaegselt ka emotsionaalne vägivald.

Nagu mujal maailmas, on patsiendivägivalla määr Eestis EMO õdede vastu murettekitavalt suur. Samuti nagu Keely (2002) ja May ja Grubbs (2002) uurimustulemustest selgus on ka Eestis kõik uuringus osalenud EMO õed kogenud vähemalt ühte verbaalse vägivalla vormi. Enim langevad õed sõimamise ohvriks. Tihti on sõimata saamine tööalaselt EMO õdede igapäevane osa. Sarnaselt Boyle jt (2007) uuringule esineb ka Eestis kõige rohkem õdede emotsionaalne kuritarvitamist. Samuti on meie uuringutulemustes sarnasusi varasemate autoritega (Pich jt. 2010, Jiao jt. 2015), kes väitsid, et vägivallaohvriteks langevad sagedamini nooremad ja lühema tööstaaziga õed. Gerberich jt (2004), Donna jt (2011) ning Kowalenko jt (2012) arvavad, et paljud vägivaldajuhtumid õdede vastu on teadmata, kuna neid käsitletakse osana tööst ja õed ei teavita nendest kedagi. Antud uuringus pöördui enamasti kolleegide poole või püüti suhteid patsientidega leevendada või juhtumile mitte mõelda. Vähem julgeti juhtumeid arutada juhtkonnaga või saadi spetsiifilist abi. Ilmselt jäi ka antud uuringuga kaardistamata väga palju juhtumeid, seoses õdede vähese osalemise tõttu uuringus.

Füüsilise vägivalla levimuse poolest on Eesti näitajad (46% vastajatest) kõige sarnasemad Hahn jt (2010) uuringutulemustele, mis oli läbi viidud Šveitsis, kus füüsilist vägivalda on kogenud 42% õdedest. Uurijale üllatusena ilmnis asjaolu, et maades, kus inimesed on temperamentsemad ja emotsionaalsemad, on uuringute andmetel vägivalda vähem. See asjaolu võib olla tingitud õdede tõlgendamisest, millised juhtumid liigituvad vägivallaks ja millised mitte. Nagu selgub Kowalenko jt 2012, Gillespie jt 2013, Hamdan ja Hamra 2015 uurimistulemustest, on ka Eestis kõige levinumateks füüsilise vägivalla vormideks kinni haaramine ja pigistamine, seda esineb aasta jooksul peaaegu iga õega paaril korral.

Kõige väiksema õdedevastase vägivalla levimusega on antud uuringus patsiendi poolne seksuaalne ahistamine. Kuna seksuaalne vägivald võib oma olemuselt olla kas füüsiline või emotsionaalne, on seda kõige keerulisem võrrelda mujal maailmas läbiviidud uuringutega, sest enamuses ei ole seda käsitletud eraldiseisva kolmanda vägivallaliigina. Eraldi käsitlesid seksuaalset vägivalda Kitaneh ja Hamdan (2012) Palestiinas, võrreldes sealsete tulemustega (1,7%), on Eesti õdede kokkupuuted patsiendi poolse seksuaalse ahistamisega kordades suuremad. Eestis on seksuaalse vägivalla ohvriteks langenud 24 õde (29,3%). Samas ei ole käesoleva töö autorile teada, kas Palestiinas läbi viidud uuringus käsitleti seksuaalse vägivallana ka verbaalset

seksuaalse alatooniga vägivalda nt seksuaalse alatooniga märkused ja naljad, mida Eestis on õded kogenud kõige rohkem

5.1.3 Patsiendivägivalda soodustavad asjaolud

Pich jt 2010 uuringu andmete põhjal kinnitab 89% vastanud õdedest, et nende arvates on vägivalda soodustavaks asjaoluks vägivallatseja joove. Gerberich jt (2004), Kowalenko jt (2012), ning May ja Grubbs (2002) leiavad, et vägivalda soodustava faktorina nimetas 46-71% õdedest joovet. Enamuses uuringutest ei ole täpsustatud kas joove on tingitud alkoholi või muude sõltuvusainete tarvitamisest. Eestis arvavad õded, et patsiendi joove on vägivalda soodustavaks asjaoluks verbaalse vägivalla puhul 60%, füüsilise vägivalla puhul 41,6% ning seksuaalse vägivalla puhul 63,3% juhtudest. Füüsilise vägivalla puhul on arvestatavaks soodustavaks faktoriks patsiendi vaimne tervislik seisund. Vastajatest 12,3 protsenti arvab, et füüsilise vägivalla tingis patsiendi psühhoos.

Eesti õdede vastustes selgub, et sarnaselt Jiao jt (2015) tulemustele on vägivallatsejateks peamiselt (93%) patsiendid või nende lähedased. Eestis on kahel kolmandikul juhul ründajateks patsiendid ning kolmandikul juhtudel nende lähedased. Enamikel juhtudel on vägivallatsejaks meessoost patsient. Sarnased on uuringutulemused ka mujal maailmas. Pich jt (2010) uuringus on kirjeldatud, et tüüpiliseks vägivallatsejaks on 20–40 aastane meessoost isik. Vägivallajuhtumid toimuvad enamasti õdede töö ajal ja töökohas. Umbes kahel kolmandikul juhtudest leiab vägivald aset õdede päevase vahetuse ajal. See võib tuleneda asjaolust, et päeval teenindatakse kordades rohkem patsiente, kui öise vahetuse ajal.

5.1.4 Õdede reageeringud patsiendi vägivalla juhtudele

Teymourzadeh jt (2014) väidavad oma uuringus, et patsiendivägivald tekitab hirmu. Käesoleva uuringu tulemused kinnitavad, et verbaalse vägivalla puhul tundis hirmu veerand, füüsilise vägivalla puhul aga kolmandik õdedest. Asjaolu, et suurem osa vastajatest hirmu ei tundnud võib tuleneda sellest, et õded on verbaalse vägivallaga harjunud ja võtavadki seda „osana tööst“. Samuti võib hirmu tunnet mõjutada asjaolu, et rasked tagajärjed töövägivallale tekkivad harva. Juhtunut arutati ja toetust otsiti kõige rohkem kolleegidelt, samad tulemused said ka Franz jt (2010) oma uuringus. Samas uuringus kinnitab üle kolmandiku vastanutest, et ei kasutanud mingeid meetmeid peale vägivallajuhtumit, Eestis kehtib see veerandi uuringus osaleja puhul. Mõlemas uuringus üritasid vastajad patsiendiga vesteldes teda rahustada. Õdesid peaks julgustama suhtuma

töövägivalda tõsiselt ning informeerima juhtkonda igast juhtumist. Kõik EMO-sse tööle asuvad õed tuleks suunata koolitusele, kus käsitletakse agressiivse patsiendiga toimetulekut.

Emotsionaalsest reageeringust nädala jooksul pärast juhtumit leiab enam ehk peaaegu kolmandik õdedest, et nende puhul kehtis alati väide „proovisin seda oma mõtetest kustutada”. Ka Gates jt (2011) uuringus kehtib see suurema osa õdede kohta, kuid sealses uuringus kinnitas seda üle kolmveerandi vastajatest. Selline vahe võib tulla asjaolust, et käesolevas uuringus eelistasid õed valida pigem ühe vastusevariantidest, Saksamaa uuringus olid aga enamus vastajatest valinud mitu võimalikku vastust. Sealses uuringus oli ka hulgaliselt õdesid, kes kinnitasid, et nende puhul kehtisid enamus väljapakutud väidetest.

Olukorras, kus õde on rünnatud ning ta peab selle järgselt jätkama oma tavapärase tööd, ei saa eeldada, et ta suudab seda teha sama keskendunult ja samasuguse tähelepanelikkusega nagu enne. Langenud tähelepanelikkus ja ebameeldivad emotsioonid, mis võivad õel tekkida, võivad soodustada ravivigu. Igal patsiendil on õigus saada parimat võimaliku ravi ja õendushooldust. Lähtudes nii õe kui patsiendi huvidest ei tohiks õde koheselt peale vägivaldset intsidenti jätkata oma tööülesannetega tegelemist. Olukorra lahendamiseks oleks vaja riiklikku strateegiat, mis teeks tööandjatele kohustuseks vägivalda ennetamise ja juhtumite järelkontrolli juhiste väljatöötamise ja rakendamise.

Käesolev uurimistöö kinnitab, et õdedevastane patsiendi ja tema lähedaste vägivald on Eesti piirkondlike ja keskaiglate EMO-des aktuaalne ning murettekitav teema. Nagu mujal maailmas mõjutab see õdesid, patsiente ja tööandjaid. Paljudes uuringutes on välja toodud, et töövägivald tekitab suurt hirmu, käesolevas uurimistöös selgus aga, et hirmu tekkis suhteliselt harva, selline tulemus ei olnud uurijale väga ootuspärane. Kindlasti vajab teema käsitlemist ning kindlaid strateegiaid vägivalda ennetamiseks ja sellega toimetulekuks. Uurima peaks vägivalda levikut ka teistes üksustes ja seoseid ennetusmeetmete ja töövägivalda vahel.

5.2. Eetilised aspektid

Uuritavate anonüümsuse tagamist toetas kasutatav anonüümne küsitlus, mille vastaja täitis kas elektrooniliselt või paberkandjal oma andmeid esitamata. Küsimustik ei sisaldanud küsimusi, mis võimaldaksid vastajat mingil moel tuvastada. Uuritavate konfidentsiaalsus oli tagatud, kuna uurijal puudusid ükskõik millised osalejate isikuandmed. Uurija hoiab elektroonilise ankeetküsitluse tulemusi oma isiklikus arvutis, mis on kaitstud parooliga. Paberkandjal täidetud küsimustik

tagastati uurijale suletud ümbrikus ja vastused ei olnud kõrvalistele isikutele nähtavad. Kõik küsimustikud hävitatakse peale magistritöö kaitsmist kasutades paberihunti. Uuringu tulemused (andmebaas) säilitatakse parooliga kaitstud arvutis, millele on juurdepääs vaid uurijal. Andmebaas kustutatakse peale magistritöö kaitsmist.

Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Uurijal puudus info, kes nimeliselt valimisse kuulusid ning kes valimist olid ankeedi täitnud ja kes mitte. Uuritavate õiguste tagamiseks olid kõik osalejad informeeritud küsimustikuga kaasas olevas kaaskirjas, samuti sisaldas kaaskiri uurija e-posti ning telefoninumbrit, kuhu võis pöörduda täiendava informatsiooni või tekkivatele küsimustele vastuste saamiseks.

Kõik tulemused on esitatud üldistatult ning järgides aususe ning täpsuse printsiipi. Tulemusi ei ole muudetud olukorra ilustamiseks ega vastupidi. Üldistatud tulemustega on võimalik tutvuda uuritavatel ja haiglatel, kus uuring toimus. Peale magistritöö kaitsmist ja ülikooli poolset elektroonilist avaldamist ülikooli veebikeskkonna kaudu on võimalik magistritööga tutvuda kõikidel huvilistel.

Töös kasutatud materjalid on täpselt ja korrektselt viidatud ning esitatud kasutatud kirjanduse loetelus. Kuna uurimisel puudus tellija, uurija teostas töö enda vahenditega ega lähtunud kellegi huvist, ei ole tulemused kallutatud. Uurimuse läbiviimisel järgiti kõiki eetilisi nõudeid ja kehtivaid õigusakte. Uurimuse läbiviimiseks taotleti luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt ja nõusolekut kõikide uuringus osalevate haiglate juhtkondadelt.

5.3. Uurimistöö kitsaskohad

Olulisema kitsaskohana mõjub asjaolu, et osalejate protsent (35,9%) jäi oodatust väiksemaks, samas oli vastajaid piisavalt palju, et tekkiks arvestatav andmebaas, millest sai teha järeldusi. Kahjuks ei saa väikese osaluse tõttu antud uurimistulemusi üldistada kõikidele EMO õdedele Eestis. Kirjalike ankeetide tagastamise järgi võib oletada, et väiksem vastajate osakaal oli suuremates keskustes, kus viiakse läbi palju uuringuid ja õdedele on pidev küsimustike täitmine muutunud koormavaks. Samuti võis olla mitteosalemise põhjuseks ajafaktor ja küllaltki mahukas küsimustik. Ka asjaolu, et uuring viidi läbi suvekuudel võis osalemist mõjutada, kuna suvi on puhkuste kõrghooaeg. Kuigi uurija käis igas asutuses uuringut ja selle olulisust tutvustamas, ei olnud infotunnis osalemine kõigil võimalik. Kõike seda paberilt lugedes või läbi kolmandate isikute kuuldes, ei pruugi olla õdedel piisavalt motivatsiooni võtmaks endale lisakohustusi.

Teiseks võis vastajatel olla raske määratleda, kas intsidendid leidsid aset viimase 12 kuu jooksul või varem. Võis juhtuda, et jäid nimetamata juhtumid, mis mahtusid küsitud ajavahemikku ning samuti võisid vastajad nimetada juhtumeid, mis tegelikult toimusid varem. Samuti võisid osalejad mõne juhtumi sootuks unustada. See asjaolu võis uurimistulemusi mõjutada, kuid ilmselt mitte oluliselt, kuna enamus juhtumeid olid aset leidnud tihedamini kui korra aastas, olid need uuringusse kaasatud.

Kolmandaks on verbaalse vägivalla puhul keeruline hinnata, kas tegu oli tõesti vägivalla alla kvalifitseeruva episoodiga. Pingelises olukorras on raske hinnata, kas patsient sõimab õde või väljendab emotsionaalselt oma rahulolematust. Sõnalise suhtlemise puhul ei ole vägivaldse ja mittevägivaldse juhtumi vahele lihtne alati piiri tõmmata.

Neljandaks jätsid paljud vastajad täitmata avatud lõpuga küsimused. Avatud lõpuga küsimuste vastustest võis aga järelda, et andmed, mida nad sinna kirjutasid olid juba eelnevalt ankeedis fikseeritud, seega arvab käesoleva töö autor, et edaspidi sama mõõdikut kasutades, oleks need otstarbekas mõõdikust välja jätta.

5.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid

Antud uurimistöö on vajalik parandamaks õdede töötingimusi ning seeläbi tagamaks patsientidele parimat võimaliku ravi ja õendusabi. Kui õed tunnevad toetust nii üldsuse kui tööandja poolt on nad tõenäoliselt valmis ka endast rohkem andma õenduse arendamiseks. Uurimistööde tulemusi tutvustades on võimalik juhtida tööandjate ja kogu ühiskonna tähelepanu olukorra tõsidusele ning vajadusele rakendada efektiivseid turvameetmeid. Samuti on tulemustest kasu koolitusplaanide koostamisel, iga koolitus, mis aitab ära hoida vägivalda või sellega toime tulla parandab kogu organisatsiooni toimimist ning seeläbi patsientide ravikvaliteeti.

Käesoleva uurimistöö andmed kinnitavad, et vägivald õdede vastu on Eesti EMO-des väga tõsine probleem. Kahjuks ei ole terviklikku ülevaadet erinevate haiglate turvameetmetest ja vägivalla ennetamise meetmetest. Et saada terviklik ülevaade, millised on erinevates haiglates kasutatavad turvameetmed ja kuidas need mõjutavad vägivalda, oleks otstarbekas neid aspekte arvestades uurida teemat edasi. Uurimist vääriks põhjalikumalt ka vägivalla intsidentidega õdede toimetulek ning juhtkonna poolsed ohutusvõtted. Uuringusse oleks kasulik kaasata ka teiste üksuste õdesid ja teisi tervishoiutöötajaid ning otsida seoseid töövägivalla põhjuste ja tagajärgede vahel.

6. JÄRELDUSED

Patsientide ja nende lähedaste vägivald on Eesti EMO õdede töös tõsiseks ja ulatuslikuks probleemiks. Kõik uuringus osalenud EMO õed on oma töös kokku puutunud vägivallaga. Kolmandik vastanutest puutus vägivallaga kokku vähemalt ühe korra nädalas. Kõige sagedamini esinevaks vägivallaliigiks oli söimamine.

Eesti piirkondlike ja keskhaiglate EMO-de õdede hulgas on viimase aasta jooksul esinenud nii emotsionaalset, füüsilist kui seksuaalset vägivalda. Verbaalse vägivallaliikidest esines kõige rohkem söimamist, kritiseerimist ja süüdistamist. Füüsilisest vägivallast kogeti kõige rohkem kinni haaramist. Seksuaalsest vägivallast esines kõige rohkem seksuaalse alatooniga märkuseid ja nalju.

Kõige rohkem kutsusid õed intsidendijärgselt appi kolleege. Üksikute juhtumite puhul paluti abi politseilt. Toetust otsiti sagedamini kolleegidelt, vähem sõpradelt ning esines ka juhtumeid, mil vajati arstiabi. Kolmandikul juhtudel õed ei kartnud juhtumi ajal, pooltel juhtudel tundsid õed end rohkem või vähem ebakindlalt ning ülejäänud juhtumite puhul tundsid õed hirmu.

Tulemused kinnitavad, et suurema staažiga e kogenumatel õdedel on väiksem risk sattuda töövägivalla ohvriks kui noorematel ja väiksemate kogemustega õdedel. Noorematel õdedel on suurem risk kogeda söimamist ning süüdistamist eelkõige meessoost patsientide poolt. Nooremad õed sattusid ka sagedamini löömise ohvriteks. Seksuaalse vägivalla ohvriteks olid sagedamini suurema töökoormusega õed.

Täielikuma ülevaate saamiseks oleks otstarbekas uurida töövägivalda ka teistes osakondades ja teiste tervishoiutöötajate seas. Laialdasem uuring annaks võimaluse võrrelda, kas õdede töövägivald erineb teiste tervishoiutöötajate töövägivallast ja kas on erinevusi erinevate üksuste vahel. Edasistes uuringutes võiks selgitada välja ka erinevates haiglates kasutatavad turvameetmed ja nende mõju töövägivallale. Hindamist väärriks ka vastavate koolituste korraldamine ja nende mõju töövägivallale.

Haiglate juhtkond peaks üle vaatama ja vajadusel tugevdama turvameetmeid. Tööandja peaks tagama õdedele koolitused, mis soodustaksid toimetulekut agressiivse patsiendiga. Samuti tuleks üle vaadata ruumide asukohad ja tagama piisava personali olemasolu. Rakendada tuleks töövägivalla juhtumite registreerimine ning igale registreeritud juhtumile peaks järgnema arutelu.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aarma, A., Vensel, V., (1996). Statistika teooria põhikursus. Külim. Tallinn.

AbuAlRub, R. F., Al-Asmar, A. H., (2011). Physical Violence in the Workplace among Jordanian Hospital Nurses. *Jurnal of Transcultural Nursing*. 22(2): 157–165.

Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emrgency Medicine Journal* 24(11): 760-763.

Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P. M., van der Heijden, B. I. J. M., & Hasselhorn, H.-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 35-50.

Chapman, R., Perry, L., Styles, I., Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing*, 18(8): 476-483.

Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2): 67–73.

di Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the healthsector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.

Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020. www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/erakorralise_meditiini_arengukava.pdf (12.10.2015).

Eriksen, W., Tambs, K., Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *Biomed Central Public Healt*, 28(6): 290.

Ericson, L. Williams-Evans, S. H. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 26(3): 210-215.

Eslamian, J., Fard, SH., Tavakol. K., Yazdani, M. (2010). The effect of anger management by nursing staff on violence rate against them in the emergency unit. *Iran Journal Nursing Midwifery*, 15(11): 337–342.

Euroopa liidu tasandi sotsiaalpartnerite raamkokkulepped. (2006). Kirjastus Ilo, Tallinn.

Fernandes, C., M., Bouthillette, F., Raboud, J., M., Bullock, L., Moore, C., F., Christenson, J., M., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C., Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161(10): 1245-1248.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *Biomed Central Health Services Research*, 10, 51.

Gacki-Smith, J., Juarez, A., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., MacLean, S. (2009). Violence against nurse working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8): 340-349.

Gates, D. M. (2004). The epidemic of violence against healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 649-650.

Gates, D. M., Ross, C.S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *Journal of Emergency Medicine*, 31(3): 331–337

Gates, D.M., Gillespie, G. L., Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics*, 29(2): 59-67.

Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6): 495–503.

Gillespie, G.L., Gates, D.M., & Succop, P. (2009). Psychometrics of the healthcare productivity survey. *Advanced Emergency Nursing Journal* 32(3): 258–271.

Gillespie, G. L., Gates, D. M., Berry, P. (2013). Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1): 2.

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., Halfens, R. J., (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24): 3535–3546.

Hahn, S. (2012). Patient and Visitor Violence Against Health Care Staff in General Hospitals. Dissertation to obtain the degree of Doctor at Maastricht University. Maastricht University. Maastricht.

Hamdan, M., Hamra A. A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources Health* 13, 28.

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q., Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *British Medical Journal Open*, 5 (3). DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006719.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020 (2011). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Keely, B. R. (2002). Recognition and Prevention of Hospital Violence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(6): 236-241.

Kieffer, C. (2013). What recognition of work-related mental disorders. A study on 10 European countries. Report Eurogip-81/E. Paris.

Kitaneh, M., Hamdan M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *Biomed Central Health Services Research* 12, 469.

Kowalenko, T., Hauff, SR., Morden, PC., Smit, B. (2012). Development of a Data Collection Instrument for Violent Patient Encounters against Healthcare Workers. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(5): 429-433.

Kynoch, K., Wu, C. and Chang, A. (2009). The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviour in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *In Joanna Briggs Institute Library of systematic reviews*, 7(6): 175-223.

Laks, K., (2009). Patsientide lähedaste vajadused ja nende rahuldamine täiskasvanute intensiivravis õdede vaatekohast. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Lancôt N., Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Agression and Violent Behavior*. 19(5): 492–501.

Little, L. (1999). Risk factors for assaults on nursing staff: childhood abuse and education level. *Journal of Nursing Administration*, 29(12):22-29.

Luck, L., Jackson, D., Usher, K. (2008). Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8): 1071-1078.

May, D. D., Grubbs, L. M, (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*. 28(1): 11-17.

Mackay I., Paterson B., Cassells C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4): 464-471.

MacKinnon, P. S., (2009). Emergency Department Nurses' Experiences of Violent Acts in the Workplace. Graduate School of Nursing Dissertations. University of Massachusetts. Massachusetts.

McGovern, P., Kochevar, L., Lohman, W., Zaidman, B., Gerberich, S.G., Nyman, J., & Findorff-Dennis, M. (2000). The cost of work-related physical assaults in Minnesota. *Health ServicesResearch*, 35(3): 663–686.

McPhaul, K. M., Lipscomb, J. A. (2004). Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 9(3): 7.

Medicine, Nursing and Health Sciences. The website Monash University.

<http://www.med.monash.edu.au/cehpp/research/pages/workplace-violence.html> (28.10.2015).

Mosqueda-Díaz, A., Vílchez-Barboza, V., Valenzuela-Suazo, S., Sanhueza-Alvarado, O. (2014). Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*.32(2): 356-363.

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. (2010). Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing and Health Sciences*. 12(2): 268-274.

Princeton, D., M. (2015). The Critical Theoretical Perspectives and the Health Care System. *Review of Arts and Humanities*, 4(1): 72-79.

Ramcciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., Rasero, L. (2016). Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emergenci Medicine* 8: 17-27.

Rew, M. ja Ferns, T.(2005). A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *British Journal of Nursing*, 14(4): 227-232.

Rodríguez, VA., Paravic, TM. (2013). A model to investigate workplace violence in the health sector. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34, 1.

Roomets, S. 2000. Statistika algkursus. Tallinn.

Rutherford, A., Zwi, AB., Butchart, A. (2007). Violence: a glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61(8): 678-680.

Somani, R K., Khowaja, K. (2012). Workplace violence towards nurses: A reality from the Pakistani context. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3): 148-153.

Stathopoulou, H. G. (2007). Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*, 2(3): 1-7.

Tavacol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

Taylor, G. R. (2005). *Integrating Quantitative and Qualitative Methods in Research*. University Press of America. Oxford.

Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A., Hakimzadeh, S.M. (2014). Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International Jurnal of Health Policy and Managment*, 3(6): 301–305.

Türkson, M. (2014). Vägivald- mõisteanalüüs. Iseseisev töö õppeaines teadmised, teave ja teabe arendamine õendusteaduses. Tartu Ülikool. Tartu.

Winstanley, S., Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Jurnal of Clinical Nursing*, 13(1): 3-10.

LISAD

Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba

Protokolli number: 258/T-12 koosolek: 18.04.2016

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika lektor

Aseesimees

Oivi Uiho Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent

Liikmed

Külli Jaako Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia dotsent / vanemteadur

Ruth Kalda Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor

Maie Kreegipuu Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, kliinilise psühholoogia lektor

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Vallo Olle Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, haldusõiguse dotsent

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Judit Strömpl Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, sotsiaalpoliitika dotsent

Arvo Tikk Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, emeriitprofessor

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Anda luba uurimistööks.

Uurimistöö nimetus: Patsientide ja nende lähedaste vägivald õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades – õdede vaatekohast

Vastutav uurija (asutus):

Janne Remmer (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19-4056, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 02.05.2016
2. Vastutava uurija CV, kaasjuhendaja CV, teostaja CV
3. AS Ida-Tallinna Keskhaigla otsus
4. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi teatis eetikakomiteele
5. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla kokkulepe uurimistöö sooritamiseks
6. Küsimustiku kaaskiri
7. Originaalküsimustik: *Occupational based violence in primary health care*
8. Eestikeelne küsimustik, täiendatud 02.05.2016
9. Küsimustiku autori luba

Uurimistöö lõpp: juuni 2017

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev

.

Lisa 2. Eestikeelne küsimustik

A osa

Selle osa küsimused keskenduvad tööga seotud emotsionaalsele vägivallale viimase 12 kuu jooksul. Emotsionaalse vägivalla definitsioon: patsient või tema saatjad räägivad ründavalt, solvavalt või karjuvad eesmärgiga solvata, alandada või hirmutada. See võib sisaldada ka ähvardusi või ahistamist telefoni teel. Vastates küsimustele tehke palun vastavasse kasti ristike.

1. Kas ja kui sageli oled kokku puutunud emotsionaalse vägivallaga erinevate vormidega?

	Ei	Üks kord aastas	Paar korda aastas	Umbes üks kord kuus	Umbes üks kord nädalas	Peaaegu iga-päevaselt
Hirmutamine (hirmu tekitamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiusamine (sihilikult vaevamine või mitte rahu andmine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ignoreerimine (tahtlikult tähelepanuta jätma, mitte arvestama, eirama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sõimamine (valimatute sõnadega halvustamine, oma pahameele või viha avaldamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laimamine (vale levitamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritiseerimine (puuduste ja vigade esile toomine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süüdistamine (midagi süüks panemine, ebaväärika teo või käitumise ette heitmine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alandamine (halvemana paista laskmine, väärkuse riivamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ähvardamine (kavatsust teha halba sõnade või žestidega väljendamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Millal leidis emotsionaalne vägivald aset?

- ☐ 1. minu päevase vahetuse ajal
- ☐ 2. minu öise vahetuse ajal
- ☐ 3. töövälisel ajal

3. Kus emotsionaalne vägivald aset leidis?

- ☐ 1. töökohal (kabinet, ooteruum, jälgimisruum vms)
- ☐ 2. avalik koht (haigla üldkasutatavad ruumid). Palun täpsusta
- ☐ 3. muu. Palun täpsusta

4. Kirjelda palun lühidalt emotsionaalse vägivalda intsidenti (viimase 12 kuu jooksul), mis häiris kõige rohkem, põhjenda miks just see.

.....
.....

Vastates küsimustele 5 - 9, mõtle sellele konkreetsele intsidendile.

5. Kes olid peamised vägivallatsejad?

- ☐ 1. patsient/klient
- ☐ 2. patsiendi/kliendi perekond, sugulased, kaaslased või sõbrad
- ☐ 3. kõrvalseisja
- ☐ 5. muu. Palun täpsusta

6. Milline oli vägivallatseja sugu? Palun tee rist vastavasse kasti ja kirjuta ka ründajate arv.

- ☐ 1. mees
- ☐ 2. naine

7. Kas sinu arvates võis sellel intsidendil olla mõni mõjutav faktor (joove, psühhoos, mitterahuldav teenindus jne). Kui jah, palun täpsusta.

.....
.....

8. Milline oli sinu kohene reaktsioon emotsionaalsele vägivallale (nt ei teinud midagi, helistasin turvamehele/politseisse, karjusin appi)? Palun selgita.

.....

9. Milline oli sinu emotsionaalne seisund intsidenti ajal?

- ☐ 1. ei kartnud
- ☐ 2. pisut ebakindel

☐ 3. küllaltki ebakindel

☐ 4. hirmul

☐ 5. väga hirmul

Selles osas küsitakse tööl aset leidnud füüsilise vägivalla kohta viimase 12 kuu jooksul. Füüsilise vägivalla definitsioon: patsient/klient või tema saatjad ründavad või üritavad füüsiliselt rünnata. Siia alla kuuluvad mõisted nagu tõukamine, löömine, kriimustamine, juustest kiskumine, hammustamine, pigistamine, kinni haaramine, kägistamine või terava eseme kasutamine eesmärgiga tekitada kehalisi vigastusi või vara kahjustamist.

10. Kas ja kui sageli oled kokku puutunud füüsilise vägivallaga?

	Ei	Üks kord aastas	Paar korda aastas	Umbes üks kord kuus	Umbes üks kord nädalas	Peaaegu iga- päevaselt
Löömine või peksmine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hammustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juustest kiskumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriimustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pigistamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sülitamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinni haaramine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kägistamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terava esemega torkamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isikliku vara kahjustamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Millal füüsiline vägivald aset leidis?

☐ 1. minu päevase vahetuse ajal

☐ 2. minu öise vahetuse ajal

☐ 3. töövälisel ajal

12. Kus füüsiline vägivald aset leidis?

☐ 1. töökohal (kabinet, ooteruum, jälgimisruum vms)

☐ 2. avalik koht (haigla üldkasutatavad ruumid). Palun täpsusta

☐ 3. muu. Palun täpsusta

13. Kirjelda lühidalt seda füüsilise vägivalla intsidenti (viimase 12 kuu jooksul), mis häiris kõige rohkem, põhjenda miks just see.

.....
.....

Vastates küsimustele 14- 18, mõtle sellele konkreetsele intsidendile.

14. Kes olid peamised vägivallatsejad?

☐ 1. patsient/klient

☐ 2. patsiendi/kliendi perekond, sugulased, kaaslased või sõbrad

☐ 3. kõrvalseisja

☐ 4. muu. Palun täpsusta

15. Milline oli vägivallatseja sugu? Palun tee rist vastavasse kasti ja kirjuta ka ründajate arv.

☐ 1. mees

☐ 2. naine

16. Kas sinu arvates võis sellel intsidendil olla mõni lisafaktor (joove, psühhoos, mitterahuldav teenindus jne). Kui jah, palun täpsusta.

.....
.....

17. Milline oli sinu kohene reaktsioon füüsilisele vägivallale (nt ei teinud midagi, helistasin turvamehele/politseisse, karjusin appi)? Palun selgita.

.....
.....

18. Milline oli sinu emotsionaalne seisund intsidenti ajal?

☐ 1. ei kartnud

☐ 2. pisut ebakindel

☐ 3. küllaltki ebakindel

☐ 4. hirmul

☐ 5. väga hirmul

See osa keskendub seksuaalsele ahistamisele tööl viimase 12 kuu jooksul. Definiitsioon: ükskõik mis vormis seksuaalne ettepanek või soovimatu tähelepanu kliendi/patsiendi, või tema saatja poolt. Siia alla kuuluvad mõisted nagu seksuaalse alatooniga alandavad/solvavad naljad või märkused,

füüsilised žestid, sobimatud kingitused või ebasobiv füüsiline kontakt, silitamine, katsumine ja haaramine ning piilumine.

19. Kas ja kui sageli oled kokku puutunud seksuaalse vägivallaga?

	Ei	Üks kord aastas	Paar korda aastas	Umbes üks kord kuus	Umbes üks kord nädalas	Peaaegu igapäevaselt
Katsumine, haaramine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piilumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalse alatooniga märkused või naljad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksuaalvahekorrale sundimine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobimatud kingitused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu seksuaalse alatooniga tegevus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Millal viimase seksuaalse vägivalla juhtum aset leidis?

- ☐ 1. minu päevase vahetuse ajal
- ☐ 2. minu öise vahetuse ajal
- ☐ 3. töövälisel ajal

21. Kus viimase seksuaalse vägivalla juhtum aset leidis?

- ☐ 1. töökohal (kabinet, ooteruum, jälgimisruum vms)
- ☐ 2. avalik koht (haigla üldkasutatavad ruumid). Palun täpsusta
- ☐ 3. muu. Palun täpsusta

22. Kirjelda palun lühidalt seda seksuaalse vägivalla intsidenti (viimase 12 kuu jooksul), mis häiris kõige rohkem, põhjenda miks just see.

.....

.....

Vastates küsimustele 23 - 27, mõtle sellele konkreetsele intsidendile.

23. Kes olid peamised vägivallatsejad?

- ☐ 1. patsient/klient
- ☐ 2. patsiendi/kliendi perekond, sugulased, kaaslased või sõbrad
- ☐ 3. kõrvalseisja

☐ 4. muu. Palun täpsusta

24. Milline oli vägivallatseja sugu? Palun tee rist vastavasse kasti ja kirjuta ka ründajate arv.

☐ 1. mees

☐ 2. naine

25. Kas sinu arvates võis sellel intsidendil olla mõni lisafaktor (joove, psühhoos, mitterahuldav teenindus jne). Kui jah, palun täpsusta.

.....

.....

26. Milline oli sinu kohene reaktsioon seksuaalsele vägivallale (nt ei teinud midagi, helistasin turvamehele/politseisse, karjusin appi)? Palun selgita.

.....

.....

27. Milline oli sinu emotsionaalne seisund intsidendi ajal?

☐ 1. ei kartnud

☐ 2. pisut ebakindel

☐ 3. küllaltki ebakindel

☐ 4. hirmul

☐ 5. väga hirmul

B osa

Selles osas on välja toodud sagedasemad väited, mida on nimetanud vägivallaohvrid. kasutades järgmist skaalat, märkige, kui sageli kõik need väited kehtisid sinu puhul seitsme päeva jooksul peale intsidenti. Tee ristike lahtrisse, mis kõige paremini sobib sinu vastuseks.

		Mitte kunagi	Vähem kui poolte juhtumite puhul	Poolte juhtumite puhul	Rohkem kui poolte juhtumite puhul	Alati
29.	Mõtlesin juhtunule, kuigi ei tahtnud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Püüdsin mitte ärritada, kui ma sellele mõtlesin või seda mulle meenutati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Proovisin seda oma mõtetest kustutada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Mul oli probleeme uinumise ja magamisega, kuna pildid või mõtted intsidendist tulid mulle meelde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Mul olid kohati selle kohta tugevad emotsioonid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ma nägin seda unes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ma hoidsin eemale selle meenutajatest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ma tundsin nagu seda ei juhtunud päriselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Mulle tulid sellest pildid mõtetesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Ma vältisin sellest rääkimist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Teised asjad hoidsid mind sellest mõtlemast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Mul oli palju tundeid aga ma ei pööranud neile tähelepanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Ma üritasin juhtunule mitte mõelda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Igasugused meenutused tõid samad tunded tagasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Mul olid intsidendiga seoses tuiamad emotsioonid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C osa

Selles osas küsitakse, kuidas sa reageerisid töövägivallale *pärast* selle aset leidmist. Tee ristike lahtrisse, mis kõige paremini sobib su vastuseks.

		Mitte kunagi	Vähem kui poolte juhtumite puhul	Poolte juhtumite puhul	Rohkem kui poolte juhtumite puhul	Alati
45.	Ei teinud midagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Arutasin sõprade/perega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Arutasin kolleegidega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Arutasin kolleegidega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Sain professionaalset nõustamist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Täitsin vahejuhtumi kohta raporti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Võtsin vabad päevad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Vajasin arstiabi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Üritasin juhtunule mitte mõelda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Muu. Palun täpsustage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D osa

Üldine demograafiline info

55. Vanus –aastane

56. Nädalas töötunde

57. Õena töötanud aastat

58. Tavaliselt teenindad patsiente

☐ 1. üksinda

☐ 2. 2-liikmelise meeskonnana

☐ 3. rohkem kui 2-liikmelise meeskonnana

Suur tänu vastamise eest!

Lisa 3. Venekeelne küsimustik

Часть А

В рамках этой части вопросы будут основаны на словесном насилии или оскорблениях. Определение эмоционального насилия: пациент или его сопровождающие говорят оскорбительным тоном, кричат с целью обидеть или напугать. Это может включать в себя угрозы по телефону. Пожалуйста, отметьте правильный ответ.

1. Подвергались ли Вы разным формам эмоционального насилия и как часто за последние 12 месяцев?

	Нет	Один раз в год	Пару раз в год	Примерно раз в месяц	Примерно раз в неделю	Почти ежедневно
Запугивание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Издавательство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Игнорирование	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Брань, ругань	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сплетни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Критика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обвинение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Унижение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Угроза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Иное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Когда у вас происходило словесное насилие за последние 12 месяцев? Пожалуйста, обведите правильный вариант.

1. во время моего дневного дежурства
2. во время моего ночного дежурства
3. вне рабочего времени

3. Где происходило словесное оскорбление за последние 12 месяцев? Пожалуйста, обведите правильный вариант.

- 1 на рабочем месте (офис, зал ожидания, палата наблюдения т.д.)
2. в общественном месте (общественные места больницы). Пожалуйста, уточните.
3. Иное. Пожалуйста, уточните.....
4. Опишите кратко случаи словесного насилия (за последние 12 месяцев), которые нанесли моральную травму больше всего, обоснуйте, почему это так.

.....

.....

Отвечая на вопросы 5-9, подумайте об этом конкретном инциденте.

5. Кто были главными виновниками словесного насилия? Пожалуйста, обведите правильный вариант.

1. пациент / клиент
2. родственники, друзья пациента / клиента
3. наблюдатель
5. иное. Пожалуйста, уточните.....

6. Какого пола был злоумышленник? Пожалуйста, обведите правильный вариант.

1. мужчина
2. женщина

7. Как вы думаете, у этого инцидента мог ли быть какой-то дополнительный усугубляющий фактор, (опьянение, психоз, неудовлетворительное обслуживание и т.д.). Если да, пожалуйста, укажите

.....

.....

8. Какая была Ваша непосредственная реакция на словесное насилие (например: ничего не делать, я позвонил(а) охране / полиции, закричал о помощи)? Пожалуйста, объясните

.....

.....

1. не было страха
2. несколько неуверенным
3. довольно неуверенным
4. было страшно
5. было очень страшно

Эта часть вопросов, связанных с физическим насилием на работе. Определение физического насилия: пациент/клиент или его сопровождающий физически нападает или делает попытку. Это включает в себя такие действия как: толкание, пинание, царапание, таскание за волосы, укусы или использование оружия в целях причинения телесных повреждений.

10. Подвергались ли Вы разным формам физического насилия и как часто за последние 12 месяцев?

	Нет	Один раз в год	Пару раз в год	Примерно раз в месяц	Примерно раз в неделю	Почти ежедневно
Избиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Укусы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Таскание за волосы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Оцарапывание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Зажимание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Оплёвывание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Схватывание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Удушение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Укалывание острым предметом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Повреждение личного имущества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Иное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Когда происходили физические насилия за последние 12 месяцев?

1. во время моего дневного дежурства
2. во время моего ночного дежурства
3. вне рабочего времени

12. Где происходило физическое насилие за последние 12 месяцев?

1. на рабочем месте (офис, зал ожидания, палата наблюдения т.д.)
2. в общественном месте (общественные места больницы). Пожалуйста, уточните.
3. Иное. Пожалуйста, уточните.....

13. Опишите кратко инцидент физического насилия, который нанёс моральную травму больше всего, обоснуй, почему это так

.....
.....
Отвечая на вопросы 14 - 18, думайте об этом конкретном инциденте.

14. Кто были главными виновниками насилия?

1. пациент / клиент
2. родственники, друзья пациента / клиента
3. наблюдатель
5. иное. Пожалуйста, уточните.....

15. Какого пола был злоумышленник? Пожалуйста, обведите правильный вариант и напишите число нападавших.

1. мужчина
2. женщина

16. Как вы думаете, у этого инцидента мог ли быть какой-то дополнительный усугубляющий фактор, (опьянение, психоз, неудовлетворительное обслуживание и т.д.). Если да, пожалуйста, укажите

.....
.....

17. Какая была Ваша непосредственная реакция на физическое насилие (например: ничего не делал/(ла), я позвонил охране / полиции, закричал о помощи)? Пожалуйста, объясните

.....
.....

18. Какое было ваше эмоциональное состояние в момент инцидента?

1. не было страха
2. несколько неуверенным
3. довольно неуверенным
4. было страшно
5. было очень страшно

В этом разделе основное внимание уделяется сексуальному домогательству на работе.

Определение: любая форма нежелательного сексуального внимания со стороны клиента/пациента, или его сопровождающего. Сюда включаются оскорбительные шутки или замечания сексуального характера, непристойные жесты, неуместные подарки, прикосновения и т.д.

19. Подвергались ли Вы разным формам сексуального насилия и как часто за последние 12 месяцев?

	Нет	Один раз в год	Пару раз в год	Примерно раз в месяц	Примерно раз в неделю	Почти ежедневно
Сексуального значения намёки или насмешки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Щупание, Зажимание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подарки с сексуальным намёком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подсматривание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сексуальное принуждение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Оплёвывание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прочие сексуальные действия.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Когда происходило сексуальное насилие за последние 12 месяцев?

1. во время моего дневного дежурства
2. во время моего ночного дежурства
3. вне рабочего времени

21. Где происходило сексуальное насилие за последние 12 месяцев?

1. на рабочем месте (офис, зал ожидания, палата наблюдение т.д.)
2. в общественном месте (общественные места больницы). Пожалуйста, уточните.
3. Иное. Пожалуйста, уточните.....

22. Опишите кратко инцидент сексуального насилия который, больше всего нанёс моральную травму, обоснуй, почему это так.

.....

.....

Отвечая на вопросы 23 - 27, думаете об этом конкретном инциденте.

23. Кто были главными виновниками насилия?

1. пациент / клиент
2. родственники, друзья пациента / клиента
3. наблюдатель
5. иное. Пожалуйста, уточните.....

24. Какого пола был злоумышленник? Пожалуйста, обведите правильный вариант и напишите число нападавших.

1. мужчина

2. женщина

25. Как вы думаете, у этого инцидента мог ли быть какой-то дополнительный усугубляющий фактор (опьянение, психоз, неудовлетворительное обслуживание и т.д.)? Если да, пожалуйста, укажите

.....
.....

26. Какая была Ваша реакция на сексуальное насилие (например: ничего не делать, я позвонил охране / полиции, закричал о помощи)? Пожалуйста, объясните

.....
.....

27. Какое было ваше эмоциональное состояние в момент инцидента?

1. не было страха

2. несколько неуверенным

3. довольно неуверенным

4. было страшно

5. было очень страшно

Часть Б

Эту часть утверждения заполняет жертва насилия. Отметьте вариант, который больше всего подходит к вашему ответу.

		Никогда	Меньше, чем в половину случаев	В половину случаев	Больше, чем в половину случаев	Всегда
28.	Не хотел, но думал о происшествии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Старался не раздражаться, если думал об этом или мне напоминали об этом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Старался стереть это из памяти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	У меня были проблемы с засыпанием, когда вспоминал инцидент	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	У меня были сильные эмоции в связи с инцидентом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Я видел это во сне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Я держался подальше от тех, кто мне об этом напоминал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Было ощущение, что это случилось не наяву	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	У меня появлялись картинки об этом перед глазами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Другие мысли помогали мне об этом не думать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	У меня было много эмоций, но я не обращал на них внимание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Старался не думать об этом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Все напоминания вызвали те же чувства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	У меня были в связи с инцидентом притуплённые чувства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Часть Ц

В этой части спрашивается, как вы реагировали на насилие на работе после того, как инцидент произошёл. Отметьте номер, который больше всего подходит на ваш ответ.

		Никогда	один раз	иногда	часто	всегда
42.	Ничего не делали	1	2	3	4	5
43.	Обсудили с друзьями / семьей	1	2	3	4	5
44.	Обсудили с коллегами	1	2	3	4	5
45.	Обсудили с ментором	1	2	3	4	5
46.	Получили профессиональную консультацию	1	2	3	4	5
47.	Заполнили доклад	1	2	3	4	5
48.	Взяли выходные дни	1	2	3	4	5
49.	Поменяли работу	1	2	3	4	5
50.	Нуждались в медицинской помощи	1	2	3	4	5
51.	Иное. Пожалуйста, уточните	1	2	3	4	5

Часть Д

Демографическая информация

52. Возраст.....лет

53. Рабочих часов в неделю

54. Стаж работы сестрой

55. Обычно пациентов обслуживаете

1. Одна

2. Командой из двух членов

3. Командой более двух членов

Большое спасибо!

Lisa 4. Küsimustiku kaaskiri

Lp Erakorralise meditsiini osakonna õde

Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane ja viin läbi magistritöö raames uurimistöö „Patsientide ja nende lähedaste vägivald õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades“. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide ja nende lähedaste vägivalda õdede vastu Eesti piirkondlike ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades ja selgitada seoseid taustaandmete ja vägivallaohvriks sattumise vahel. Olete sattunud minu uuringusse, kuna töötate uurimistöö läbiviimise ajal piirkondliku või keskhaigla erakorralise meditsiini osakonnas. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Teil on alati võimalus keelduda või osalemine katkestada, ilma, et see mõjutaks Teie edaspidist tööd. Teie nõusolek uurimistöös osaleda seisneb küsimustiku täitmises. Küsimustiku põhjal saadud andmeid kasutatakse üldistatuna. Uuringus osalemine on anonüümne ja konfidentsiaalne, ankeete ei ole võimalik seostada konkreetsete isikutega. Küsimustiku täitmine võtab aega keskmiselt 20 minutit. Palun täitke ankeet elektrooniliselt Teie osakonna õendusjuhilt saadud lingil.

Uurimistööga loodab autor saada ülevaate olukorrast Eesti piirkondlike ja keskhaiglate erakorralise meditsiini osakondades. Magistritöö tulemused selgitavad hetkeolukorda õdede hinnangul ning need on olulised probleemi tõsiduse teadvustamiseks nii õdede endi, tervishoiuasutuste juhtkonna kui kogu ühiskonna tasandil.

Kui Teil tekib küsimusi ankeedi täitmisel või soovite teha ettepanekuid uurimistöö kohta, või täiendava informatsiooni saamiseks palun pöörduda uurimistöö läbiviija poole.

Täna Teid uuringus osalemise eest.

Lugupidamisega

Maie Türkson

Magistriõppe üliõpilane, Tartu Ülikool Arstiteaduskond, õendusteaduse osakond

Telefon: 55656536, E-post: maie.tyrkson@gmail.com

Lisa 5. Kõsimustiku kaaskiri vene keeles

Уважаемые сёстры отделения неотложной медицины!

Просим Вас заполнить данную анкету в рамках сестринской научной -магистрантской работы Тартуского университета «Насилие к сестрам со стороны пациентов и их близких в отделениях экстренной медицины Эстонских региональных и центральных больницах». Цель исследовательской работы описать и выяснить первопричину становления сестёр жертвами к со стороны пациентов и их близких в отделениях экстренной медицины Эстонских региональных и центральных больницах.

За основы исследования взята международная анкета „*Occupational based violence in primary health care*“, которая помогает выяснить, как часто происходит насилие на рабочем месте и как это влияет на здоровье и работоспособность сестер. Из исследования видно, что в основном напряженные ситуации возникают в отделениях экстренной медицины, где ежедневная деятельность связана с большой ответственностью, со сложными и непредсказуемыми ситуациями. Результаты магистрантской работы на основе оценке сестер показывают настоящее положение и серьёзность существующих проблем как для самих сестер и руководства здрав. учреждения, так и для всего общества.

Из результатов исследования существует возможность получить обратную связь по защите магистрантской работы на сестринских семинарах, конференциях так же из открытого обращения сестер. При необходимости, результаты возможно внедрить на курсах по сестринскому обучению. По этому, чем честнее Ваши ответы, тем реалистичной становится картина результатов исследования.

При возникновении вопросов, просим обращаться к проводящему исследование как в письменной форме, так и устно по телефону.

С уважением

Maie Tükson магистрант Тартуского Университета

Телефон 55656536

Email: maie.tyrkson@gmail.com

Lisa 6. Originaalmõõdiku autori nõusolek

Maie,

You may use the questionnaire with my blessing as long as it is appropriately referenced to ensure the authors are acknowledged.

I hope it provides you with some interesting information and helps you in obtaining your degree.

regards,

Mal

--

Confidentiality Notice

The information contained in this email message is intended for the named addressee only. If you are not the intended recipient you must not copy, distribute, take any action reliant on, or disclose any details of the information in this email to any other person or organisation. If you have received this email in error, please notify the sender immediately.

Dr Mal Boyle
Senior Lecturer
Monash University
Department of Community Emergency Health and Paramedic Practice
McMahons Rd
Frankston 3199
Phone: +61 3 9904 4176
Fax: +61 3 9904 4168
E-mail: mal.boyle@monash.edu
Web: http://med.monash.edu/cehpp/staff/boyle.html